

สุขภาพคนไทย 2566



สถาบันวิจัยประชากรและสังคม (วปส.) มหาวิทยาลัยมหิดล
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.)

คำสัญญาของไทยใน **คอป** (COP: Conference of Parties)
กับการรับมือ **โลกรวน**

- 12 หมวดตัวชี้วัด “ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ”
- 10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ
- 4 ผลงานดี ๆ เพื่อสุขภาพคนไทย

ข้อมูลทางบรรณานุกรม

สุขภาพคนไทย 2566 : คำสัญญาของไทยใน “คอป” (COP: Conference of Parties) กับการรับมือ “โลกรวน” / สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล – พิมพ์ครั้งที่ 1. – นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2566. (เอกสารทางวิชาการ/สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; หมายเลข 597) 136 หน้า. ISBN 978-616-443-788-3

1. สุขภาพ – ไทย. 2. สุขภาพ – แ่งสังคม. 3. สุขภาพ – แ่งสิ่งแวดล้อม.

I. มหาวิทยาลัยมหิดล. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. II. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. III. ชื่อชุด. WA100 ส743 2566

ออกแบบและศิลปกรรม

ส้มโมทิก สวิชญาน และ นัทชา กาญจนะจิตรา

พิสูจน์อักษร

พิมพ์พรธณ นิตยัณรา

จัดทำเนื้อหาและจัดพิมพ์โดย
ได้รับการสนับสนุนทุนจาก

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (วปส.)
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

สำนักพิมพ์

บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน)
378 ถนน ชัยพฤกษ์ แขวงตลิ่งชัน เขตตลิ่งชัน กรุงเทพฯ 10170
โทรศัพท์ 0-2422-9000 โทรสาร 0-2433-2742

จำนวนพิมพ์

4,000 เล่ม

พิมพ์ครั้งที่ 1

มีนาคม 2566

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (วปส.)

เลขที่ 999 ถนนพุทธมณฑล สาย 4 ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170

โทรศัพท์ 0-2441-0201-4 โทรสาร 0-2441-5221

เว็บไซต์ www.ipsr.mahidol.ac.th

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

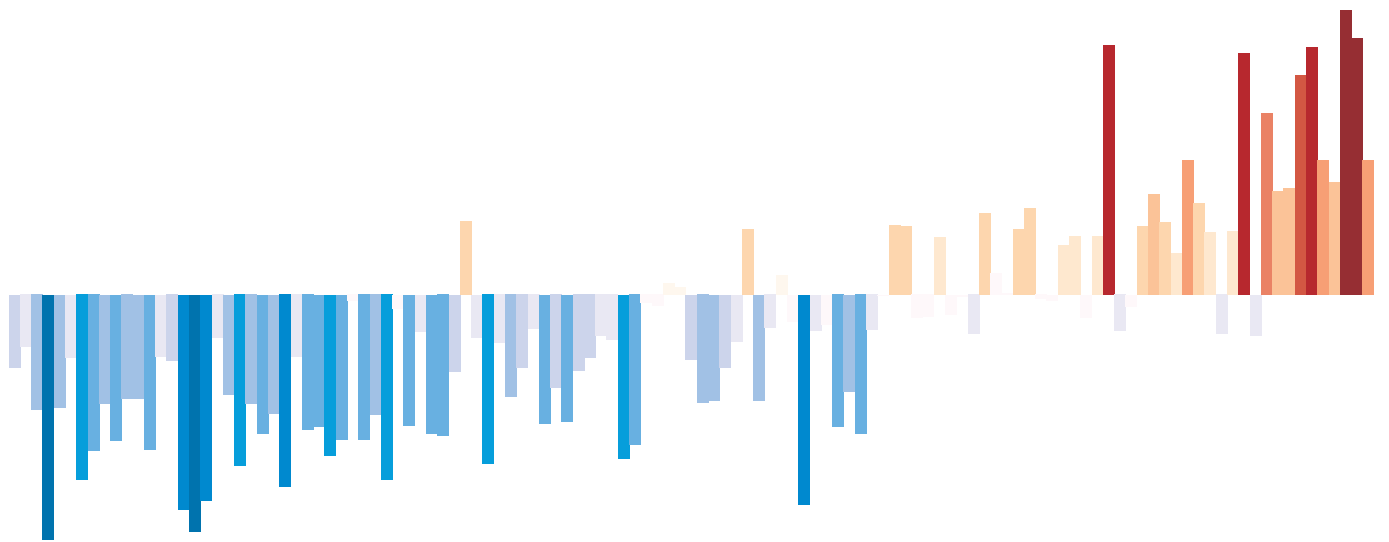
เลขที่ 99/8 อาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาพฯ ซอยงามดูพลี แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120

โทรศัพท์ 0-2343-1500 โทรสาร 0-2343-1551

เว็บไซต์ www.thaihealth.or.th

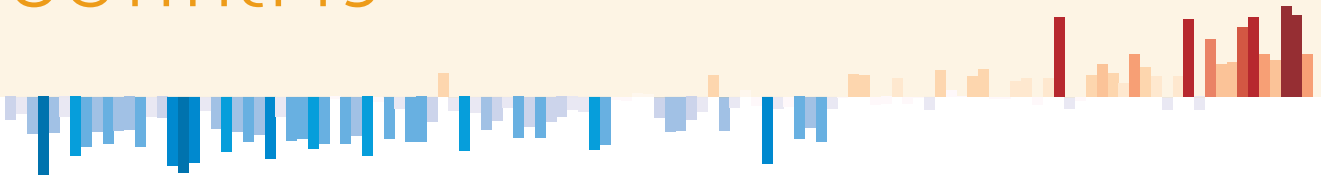
ข้อมูลในหนังสือเล่มนี้ ไม่สงวนลิขสิทธิ์ สามารถนำไปเผยแพร่เพื่อประโยชน์ต่อสังคมได้ ขอให้อ้างอิงที่มาด้วย

สุขภาพ คนไทย 2566



คำสัญญาของไทยใน **คอป** (COP: Conference of Parties)
กับการรับมือ **โลกร้อน**

บอกกล่าว



รายงานสุขภาพคนไทย ปี 2566 นำเสนอหมวดตัวชี้วัด “ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ” (Social Determinants of Health: SDH) โดยมีการกำหนดกรอบการนำเสนอข้อมูลจากทิศทางและเป้าหมาย 7 เป้าหมายในยุทธศาสตร์ 10 ปี (2565–2574) ของ สสส. ได้แก่ ยาสูบและสิ่งเสพติด แอลกอฮอล์ อาหาร กิจกรรมทางกาย อุบัติเหตุทางถนน สุขภาพจิต และสิ่งแวดล้อม ในเชิงสภาพแวดล้อม ได้แก่ ครอบครัว โรงเรียน สถานที่ทำงาน ชุมชน และนโยบาย

หมวด 10 สถานการณ์เด่นปีนี้ นำเสนอประเด็นที่อยู่ในความสนใจของสังคม ได้แก่ 1) ปัญหายาเสพติดในชุมชน จะควบคุมอย่างไร? 2) บุหรี่ไฟฟ้ารุกคืบในไทย ต้องเร่งควบคุม 3) ความปลอดภัยบนทางม้าลายและคนเดินเท้า : แนวทางการปรับปรุง 4) การแก้ไขกฎหมายสุรา : จากร่าง พ.ร.บ. สุราก้าวหน้า สู่การปลดล็อกสุราชุมชน 5) ระบบบริการสาธารณสุขในกรุงเทพฯ กับการปฏิรูประบบปฐมภูมิ 6) ประเทศไทยกับความมั่นคงทางอาหาร 7) สังคมไทยกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ 8) รู้ทัน “แก๊งคอลเซ็นเตอร์”! 9) ประเทศไทยกับสังคมสูงอายุ 10) การส่งเสริมสมุนไพรไทย จากอดีตถึงปัจจุบัน

สำหรับ 4 ผลงานดี ๆ เพื่อสุขภาพคนไทยปีนี้ ได้แก่ 1) ยูเนสโกยกย่อง สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนาฯ 2) WHO มอบรางวัลระดับโลกให้ 2 แพทย์ไทย “นพ. ประกิต — นพ. ไพศาล” 3) โรงพยาบาลศิริราช คว้ารางวัลสูงสุด Thailand Lean Award 2022 และ 4) ยูเนสโกยกย่อง พระยาศรีสุนทรโวหาร

เรื่องพิเศษประจำฉบับ นำเสนอเรื่อง คำสัญญาของไทยใน “คอป” (COP: Conference of Parties) กับการรับมือ “โลกรวน” โดยเล่าถึงสถานการณ์โลกร้อนและผลกระทบต่อโลก บทบาทของนานาประเทศและไทยในเวที COP 26 ต่อการลดก๊าซเรือนกระจกในชั้นบรรยากาศ ซึ่งนับเป็นเรื่องของทุกประเทศที่จะต้องเอาจริงเอาจังเพื่อแก้ปัญหาโลกร้อน

คณะทำงานรายงานสุขภาพคนไทย 2566 ขอขอบคุณทุกท่านที่ติดตามและใช้ประโยชน์จากรายงานสุขภาพคนไทยตลอดมา ทั้งในด้านการศึกษาวิจัย การกำหนดแผนหรือนโยบาย และขับเคลื่อนงานในพื้นที่ นับเป็นกำลังใจสำคัญให้กับคณะทำงานในการจัดทำรายงานสุขภาพคนไทยให้ดียิ่ง ๆ ขึ้นไป โปรดติดตามอ่านหนังสือรายงานสุขภาพคนไทยและบทความที่น่าสนใจเพิ่มเติมได้จากเว็บไซต์ www.thaihealthreport.com

คณะทำงานรายงานสุขภาพคนไทย



สารบัญ

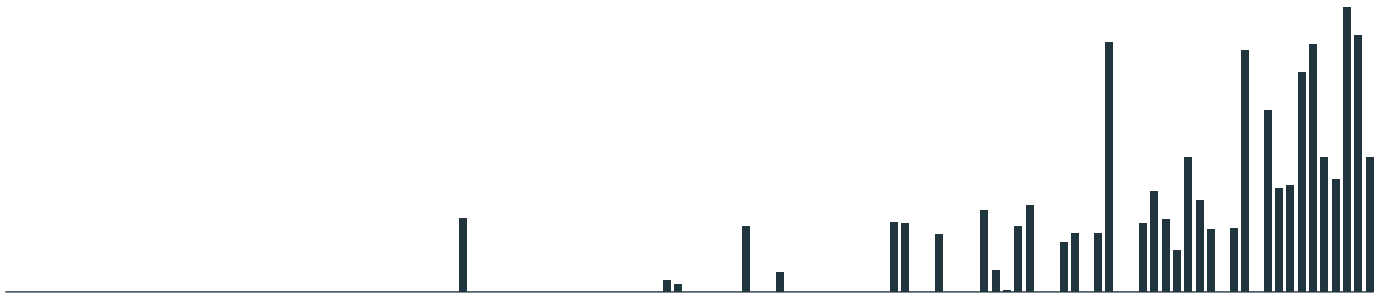
6	12 หมวดตัวชี้วัด “ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ”	74	รู้ทัน “แก๊งคอลเซ็นเตอร์”!
8	การบริโภคยาสูบ	80	ประเทศไทยกับสังคมสูงอายุ
10	การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และสิ่งเสพติด	86	การส่งเสริมสมุนไพรไทย จากอดีตถึง ปัจจุบัน
12	การบริโภคอาหาร		
14	การมีกิจกรรมทางกาย		
16	อุบัติเหตุทางถนน		
18	สุขภาพจิต		
20	มลพิษทางสิ่งแวดล้อม		
22	สภาพแวดล้อมครอบครัว	93	ยูเนสโกยกย่อง สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนาฯ
24	สภาพแวดล้อมโรงเรียน	94	WHO มอบรางวัลระดับโลกให้ 2 แพทย์ไทย “นพ. ประกิต — นพ. ไพศาล”
26	สภาพแวดล้อมที่ทำงาน	95	โรงพยาบาลศิริราช รับรางวัลสูงสุด Thailand Lean Award 2022
28	สภาพแวดล้อมชุมชน	96	ยูเนสโกยกย่องพระยาศรีสุนทรโวหาร
30	สภาพแวดล้อมทางนโยบาย		
	10 สถานการณ์เด่น ทางสุขภาพ		
34	ปัญหายาเสพติดในชุมชน จะควบคุมอย่างไร?		
39	บุรีไฟฟ้ารุกคืบในไทย ต้องเร่งควบคุม		
45	ความปลอดภัยบนทางม้าลายและคนเดินเท้า : แนวทางการปรับปรุง		
51	การแก้ไขกฎหมายสุรา : จากร่าง พ.ร.บ. สุราก้าวหน้า สู่การปลดล็อกสุราชุมชน	124	เกณฑ์ในการจัดทำ รายงานสุขภาพคนไทย 2566
57	ระบบบริการสาธารณสุขในกรุงเทพฯ กับการปฏิรูประบบปฐมภูมิ	125	รายชื่อคณะกรรมการชี้ทิศทาง, รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ, รายชื่อคณะทำงาน จัดทำรายงานสุขภาพคนไทย
62	ประเทศไทยกับความมั่นคงทางอาหาร		
68	สังคมไทยกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	126	บรรณานุกรม

สำหรับการอ้างอิงบทความ

โครงการสุขภาพคนไทย. 2566. (ชื่อบทความ). *สุขภาพคนไทย 2566* (เลขหน้าของบทความ)
นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

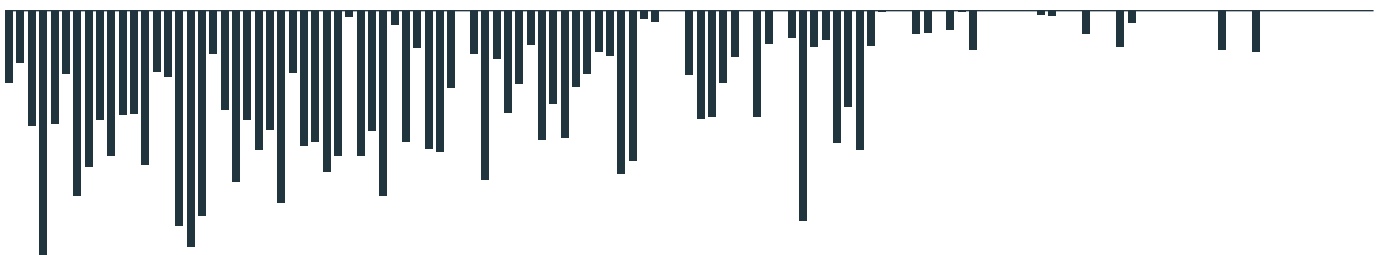
ตัวอย่าง

โครงการสุขภาพคนไทย. 2566. การบริโภคอาหาร. *สุขภาพคนไทย 2566* (หน้า 12-13)
นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.



12 หมวดตัวชี้วัด

“ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ”





12 หมวดตัวชี้วัด “ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ”

“ การเกิดโรค ความเจ็บป่วย ความเสี่ยงทางสุขภาพ ไม่ได้เกิดจากปัจจัยระดับบุคคลเท่านั้น สภาพแวดล้อมที่บุคคลเกิด เติบโต ทำงาน และดำรงชีวิตอยู่ ไปจนถึงโครงสร้างเศรษฐกิจและสังคม ล้วนเป็นปัจจัยทางสังคมสำคัญที่ส่งผลกำหนดสุขภาพของประชาชน ”

สุขภาพคนไทย 2566 เสนอตัวชี้วัดสุขภาพ “ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ” เพื่อนำเสนอมุมมองการสร้างเสริมสุขภาพคนไทยที่มากกว่าปัจจัยระดับบุคคล เพราะประชาชนจะมีสุขภาพดีได้ ต้องมีสภาพแวดล้อมและโครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคมที่เอื้อหนุนด้วย ตัวชี้วัดสุขภาพ “ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ” จะนำเสนอให้เห็นความหลากหลายและเหลื่อมล้ำของปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ ที่เป็นผลจากปัจจัยกำหนดสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ ได้ยึดตามเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ภายใต้ทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565–2574) ของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่มีจุดเน้นการทำงานที่เป็นเป้าหมายหลัก 7 ประเด็น ได้แก่

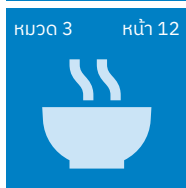
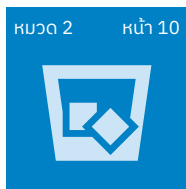
- 1 การบริโภคยาสูบ
- 2 การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด
- 3 การบริโภคอาหาร
- 4 การมีกิจกรรมทางกาย
- 5 อุบัติเหตุทางถนน
- 6 สุขภาพจิต
- 7 มลพิษทางสิ่งแวดล้อม

โดยปัจจัยเสี่ยงสุขภาพตามประเด็นดังกล่าวนี้ ถูกจัดเป็น 7 หมวดแรกของตัวชี้วัดสุขภาพที่นำเสนอ



ที่มา : unsplash.com/photos/OJNKKCK7po

นอกเหนือจากการนำเสนอตัวชี้วัดผ่านประเด็นที่เป็นปัจจัยเสี่ยงสุขภาพข้างต้น ตัวชี้วัดสุขภาพคนไทยต้องการชี้ให้เห็นถึงอิทธิพลสภาพแวดล้อมของบริบทพื้นที่หรือกลุ่มทางสังคมที่มีต่อปัจจัยเสี่ยงสุขภาพด้วย โดยเป็นการนำเสนอใน 4 บริบทสภาพแวดล้อมที่ สสส. ให้ความสำคัญ ได้แก่ ครอบครัว โรงเรียน ที่ทำงาน และชุมชน ซึ่งทั้ง 4 บริบทนี้ จะถูกจัดเป็นหมวดตัวชี้วัดที่ 8-11 ก่อนที่จะปิดท้ายด้วยหมวดสุดท้าย หมวดที่ 12 คือ สภาพแวดล้อมทางนโยบาย

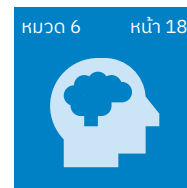


ข้อมูลที่น่าสนใจในส่วนตัวชี้วัดสุขภาพ แสดงให้เห็นความสำคัญของปัจจัยกำหนดสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนเป็นอย่างดี ภูมิภาคที่อยู่อาศัยเป็นปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพหนึ่งที่สำคัญ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ เช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ที่พบว่าคนที่อาศัยในภาคใต้มีความชุกการสูบบุหรี่สูงที่สุดในขณะที่คนในกรุงเทพมหานครมีความชุกในการสูบบุหรี่ไฟฟ้าสูงที่สุด (หมวก 1) หรือพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ที่อิทธิพลของการพบเห็นโฆษณา กิจกรรมการตลาด หรือการส่งเสริมการขายเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อาจส่งผลต่อความต้องการบริโภค และยังมีประเด็นของกัญชาที่ได้ถูกถอดออกจากบัญชียาเสพติดให้โทษ ที่อาจนำไปสู่การใช้กัญชาในทางที่ไม่เหมาะสมเพิ่มขึ้น (หมวก 2)

โครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดสภาพแวดล้อม และวิถีชีวิต ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การบริโภคเครื่องดื่มที่มีรสหวานและอาหารที่มีไขมันสูง มีแนวโน้มเป็นปัญหาของคนรายได้สูง ในขณะที่การกินเนื้อสัตว์แปรรูปและอาหารกึ่งสำเร็จรูป มีแนวโน้มเป็นปัญหาของคนรายได้น้อยมากกว่า (หมวก 3)

ในขณะที่อายุและเพศ เป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญ กลุ่มเด็กและเยาวชนและผู้หญิง เป็นกลุ่มที่ยังขาดการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ (หมวก 4) กลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนเพศชาย เป็นกลุ่มที่พบการสูญเสียจากอุบัติเหตุทางถนนมากที่สุด (หมวก 5) ในขณะที่ผู้หญิงมีส่วนการมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าผู้ชายเล็กน้อย แต่อัตราการฆ่าตัวตายของผู้ชายสูงกว่าผู้หญิงหลายเท่าตัว (หมวก 6)

ปัจจัยเสี่ยงสุขภาพสุดท้ายถูกนำเสนอในหมวก 7 มลพิษทางสิ่งแวดล้อม ที่แสดงให้เห็นความแตกต่างของพื้นที่ จังหวัด และภูมิภาคต่อความเสี่ยงสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ มลพิษจากขยะ และมลพิษจากอุตสาหกรรม



ในหมวก 8-11 เป็นการนำเสนอให้เห็นถึงอิทธิพลของปัจจัยสภาพแวดล้อมของบริบททางสังคมต่าง ๆ ได้แก่ ครอบครัว โรงเรียน ที่ทำงาน และชุมชน ที่มีต่อปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ โดยเน้นในประเด็นการสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหาร และการมีกิจกรรมทางกาย ข้อมูลที่น่าสนใจจะเป็นการแสดงให้เห็นว่าลักษณะที่หลากหลายของครอบครัว โรงเรียน ที่ทำงาน และชุมชน เป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพของคนไทยอย่างไร เช่น การอยู่คนเดียว ส่งผลต่อแนวโน้มที่สูงกว่าในการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ และเล่นพนัน (หมวก 8) การอยู่โรงเรียนขนาดเล็ก มีผลต่อแนวโน้มในการขาดผู้จัดอาหารกลางวันผ่านการอบรมหลักสูตรโภชนาการพื้นฐาน (หมวก 9) ลักษณะการทำงานในภาคผลิตมีผลต่อความเสี่ยงในการสูบบุหรี่มากกว่าลักษณะการทำงานอื่น (หมวก 10) และชุมชนที่ใส่ใจออกแบบสภาพแวดล้อมให้พร้อมสำหรับการทำกิจกรรมต่าง ๆ ส่งผลที่ดีต่อระดับการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของคนในชุมชน (หมวก 11)

หมวก 12 สภาพแวดล้อมทางนโยบาย เป็นหมวดสุดท้ายของตัวชี้วัดสุขภาพคนไทยในปี ซึ่งจะชี้ให้เห็นบทบาทของนโยบายในฐานะปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญในประเทศไทย นโยบายหรือกฎหมายต่าง ๆ เช่น พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ล้วนมีบทบาทสำคัญในการกำหนดปัจจัยเสี่ยงสุขภาพในระดับโครงสร้าง ที่จะช่วยลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพของคนไทยต่อไป



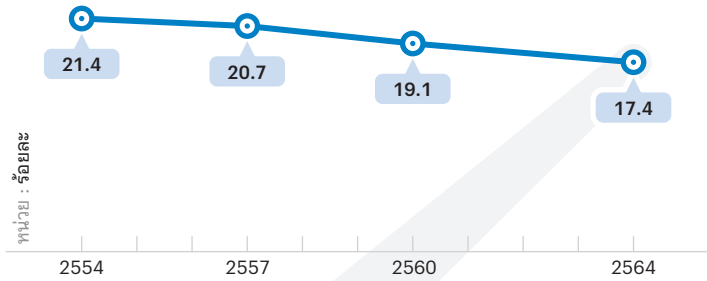
การบริโภคยาสูบ

ร้อยละ 13.1 ของเยาวชนอายุ 15–24 ปี คิดว่าบุหรี่ไฟฟ้าอันตรายน้อยกว่าบุหรี่ทั่วไป ซึ่งอาจส่งผลให้ตัดสินใจลองบุหรี่ไฟฟ้าได้

แนวโน้มความชุกการสูบบุหรี่ ในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2554–2564

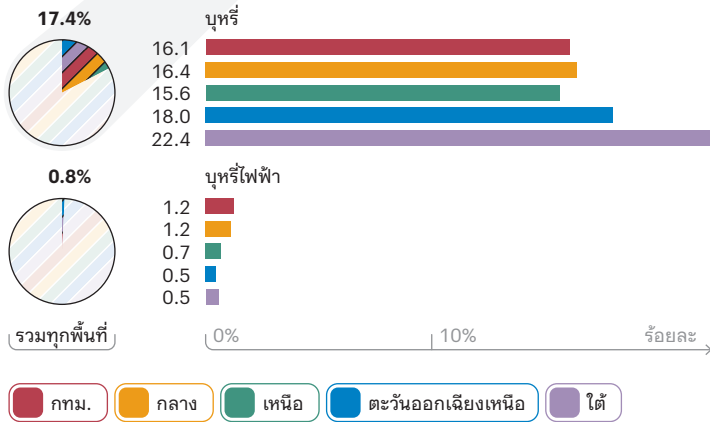
การลดความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการสูบบุหรี่ ควรป้องกันผู้สูบบุหรี่ใหม่ การเลิกสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่เดิม การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการไม่สูบบุหรี่ และการพัฒนาศักยภาพกลไกการควบคุมยาสูบ

การสูบบุหรี่และการได้รับควันบุหรี่มือสองเป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ในด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบแนวโน้มความชุกการสูบบุหรี่ทั่วประเทศลดลงในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา แต่มีความแตกต่างสูงระหว่างภูมิภาค ในปี 2564 พบความชุกการสูบบุหรี่สูงสุดอยู่ที่ภาคใต้ที่ร้อยละ 22.4 เปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของประเทศที่ร้อยละ 17.4 ในขณะที่กรุงเทพมหานครมีความชุกในการสูบบุหรี่ไฟฟ้าสูงสุดที่ร้อยละ 1.2 เปรียบเทียบกับในภาพรวมของประเทศ ที่ร้อยละ 0.8 ซึ่งกลุ่มเยาวชนเป็นกลุ่มต้องเฝ้าระวังเพราะมีสัดส่วนคิดว่าบุหรี่ไฟฟ้าอันตรายน้อยกว่าบุหรี่ทั่วไปสูงสุดในทุกกลุ่มอายุ



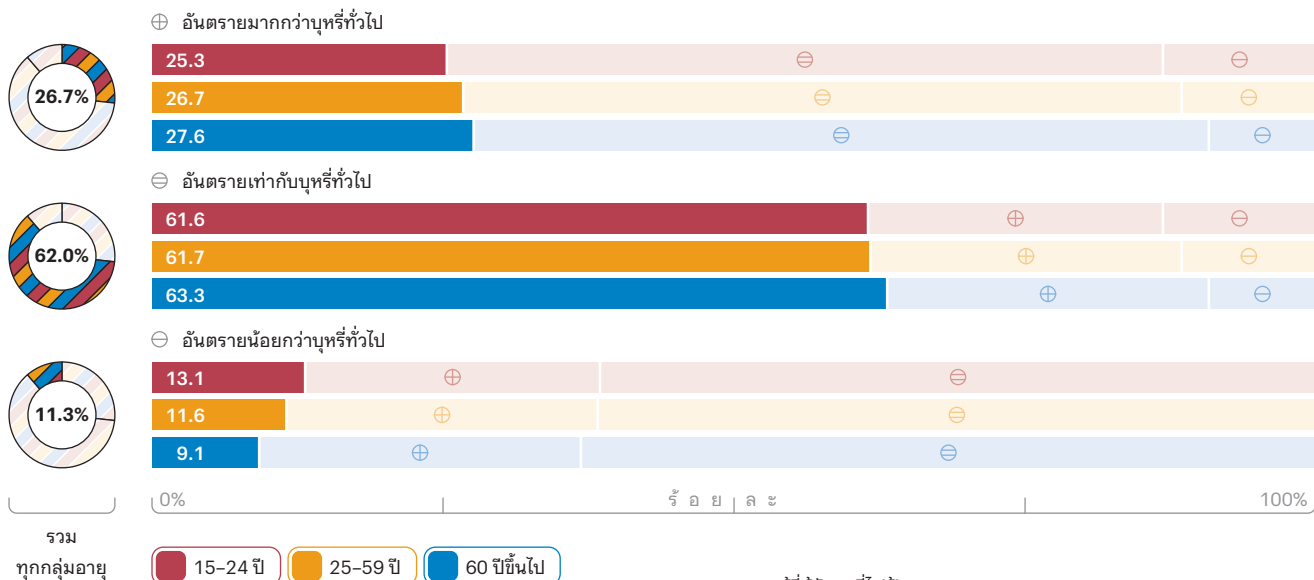
ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2554 2557 และ 2560, สำนักงานสถิติแห่งชาติ; การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2564, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ความชุกการสูบบุหรี่ และบุหรี่ไฟฟ้า ในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามภาค



หมายเหตุ : รวมผู้สูบบุหรี่ทุกวันและสูบแต่ไม่ทุกวัน
ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2564, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

สัดส่วนความคิดเห็นต่ออันตรายของบุหรี่ไฟฟ้า จำแนกตามอายุ

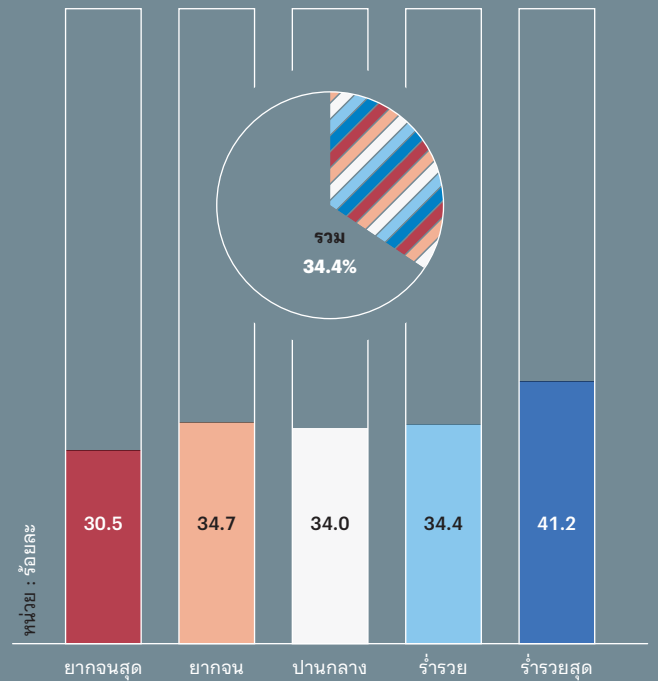


หมายเหตุ : รวมเฉพาะผู้ที่รู้จักบุหรี่ไฟฟ้า
ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2564, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

การเลิกสูบบุหรี่ มีความแตกต่างระหว่างระดับสถานะทางเศรษฐกิจ ผู้สูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ที่มีระดับสถานะทางเศรษฐกิจจ่ำรายที่สุดร้อยละ 41.2 ได้เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มที่มีระดับสถานะทางเศรษฐกิจยากจนที่สุด ที่ร้อยละ 30.5

การตั้งวางหรือโซ่วผลิตภัณฑ์ยาสูบ และการพบเห็นการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ เป็นสิ่งที่จะสะท้อนถึงการบังคับใช้กฎหมายและบรรทัดฐานทางสังคมในเรื่องเกี่ยวกับบุหรี่ยี่จะส่งผลต่อพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการได้รับควันบุหรี่มือสอง ในเรื่องการตั้งวางหรือโซ่วของบุหรี่ยี่ พบว่ากลุ่มเยาวชนอายุ 15-24 ปี มีสัดส่วนการพบเห็นการตั้งวางหรือโซ่วของบุหรี่ยี่ ณ ร้านขายบุหรี่ยี่สูงที่สุด ที่ร้อยละ 9.8 เปรียบเทียบกับกลุ่มวัยทำงานที่ร้อยละ 8.6 และกลุ่มผู้สูงอายุที่ร้อยละ 5.7 ในขณะที่การพบเห็นการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ พบว่า บริการขนส่งสาธารณะ ร้านอาหาร และตลาดสดหรือตลาดนัด เป็นที่ที่คนพบเห็นการสูบบุหรี่สูงที่สุด โดยผู้ที่ไปตลาดสดหรือตลาดนัดพบเห็นการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะเกือบครึ่งที่ร้อยละ 46.4 โดยเฉพาะในภาคใต้และภาคกลางที่มีสัดส่วนการพบเห็นสูงที่สุด ที่ร้อยละ 56.6 และ 53.9 ตามลำดับ

สัดส่วนผู้สูบบุหรี่/เคยสูบบุหรี่ที่เคยพยายามเลิกสูบบุหรี่ จำแนกตามระดับสถานะทางเศรษฐกิจ



ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

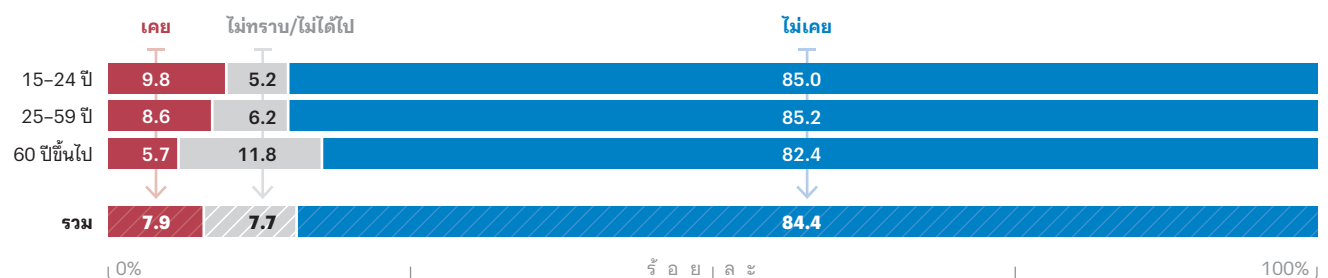
สัดส่วนผู้ที่พบเห็นการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะใน 30 วันที่ผ่านมา จำแนกตามสถานที่และภูมิภาค

	กรุงเทพมหานคร	กลาง	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้	รวม
สถานบริการสาธารณสุข	5.7	9.3	6.1	5.6	4.4	6.6
โรงเรียน	8.3	7.8	7.6	5.1	8.2	7.0
สถานบริการน้ำมัน/ก๊าซ	11.8	18.0	7.2	12.6	10.6	13.0
อาคารของมหาวิทยาลัย	11.9	17.5	13.9	11.7	12.5	13.5
อาคารของสถานที่ราชการ	15.4	18.5	13.8	12.7	14.8	15.0
ศาสนสถาน	15.0	24.7	18.0	18.2	28.6	20.9
บริการขนส่งสาธารณะ	27.2	36.9	29.5	36.7	45.1	34.6
ร้านอาหาร	24.4	40.5	33.0	33.3	46.5	36.1
ตลาดสดหรือตลาดนัด	38.9	53.9	37.5	41.8	56.6	46.4



หมายเหตุ : คำนวณเฉพาะผู้ที่ได้ไปสถานที่สาธารณะนั้นใน 30 วันที่ผ่านมา
ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

สัดส่วนการพบเห็นการตั้งวางหรือโซ่วของบุหรี่ยี่ ณ ร้านขายบุหรี่ยี่ จำแนกตามกลุ่มอายุ



ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด

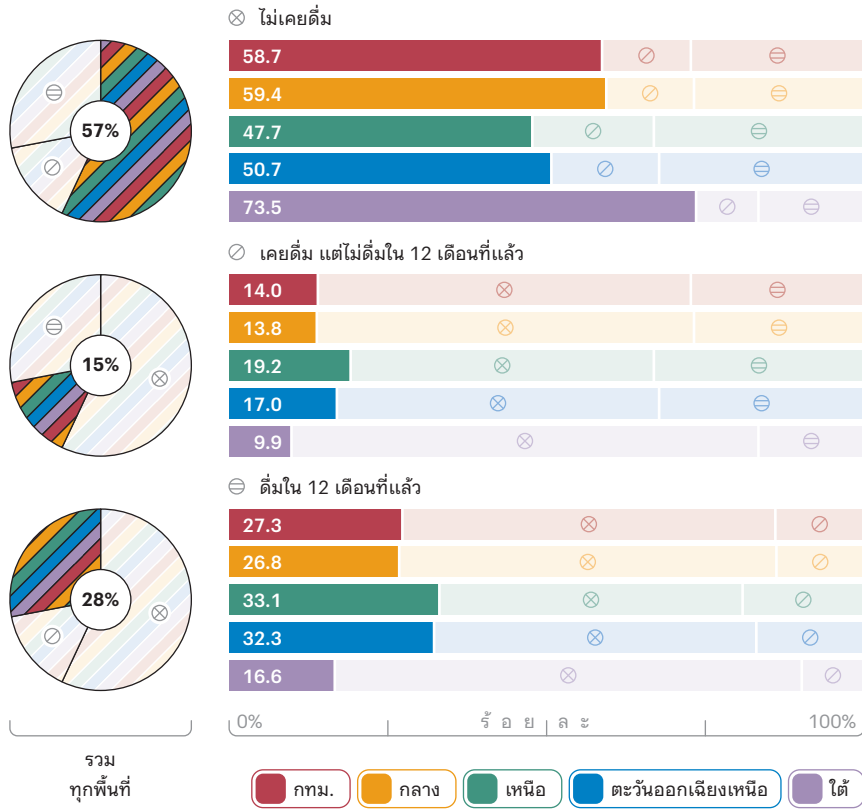
ราว 1 ใน 5 ของคนไทย เคยพบเห็นการโฆษณา กิจกรรมการตลาด การส่งเสริมการขายเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อย่างน้อยในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง โดยกลุ่มเยาวชนอายุ 15-24 ปี มีสัดส่วนเคยพบเห็นสูงที่สุด ถึง 1 ใน 3

พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีความแตกต่างกันตามวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม และประสิทธิภาพกลไกการควบคุมเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของคนไทยมีความแตกต่างกันในแต่ละภูมิภาคภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นภูมิภาคที่มีอัตราการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์สูงที่สุด ที่ร้อยละ 33.1 และ 32.3 ตามลำดับ สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศที่ร้อยละ 28.0 และสูงกว่าอัตราการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในภาคใต้ราวเท่าตัว

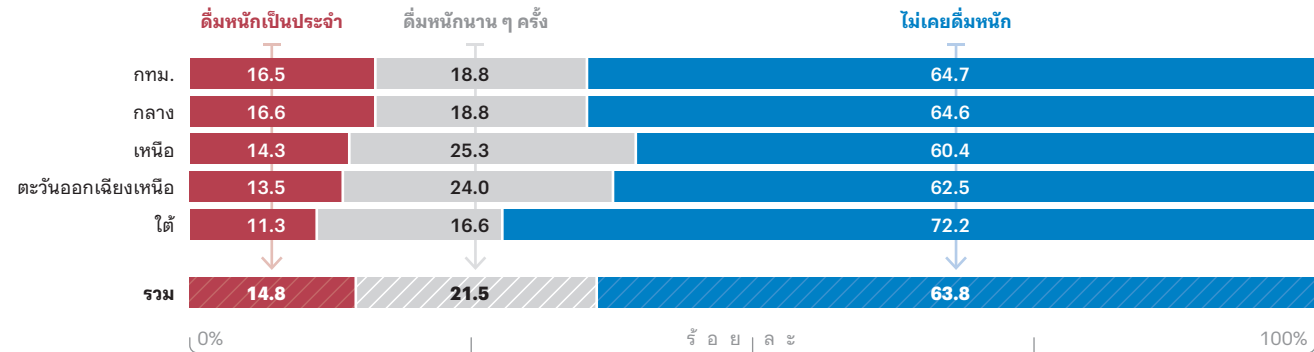
ในกลุ่มนักศึกษา พบพฤติกรรมการดื่มหนักเป็นประจำมากที่สุด ในภาคกลางและกรุงเทพมหานครที่ร้อยละ 16.6 และ 16.5 ตามลำดับ ในขณะที่นักดื่มภาคใต้นอกจากจะมีสัดส่วนน้อยแล้ว ยังมีพฤติกรรมการดื่มหนักต่ำที่สุดอีกด้วย

อัตราการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามพฤติกรรมและภาค



ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

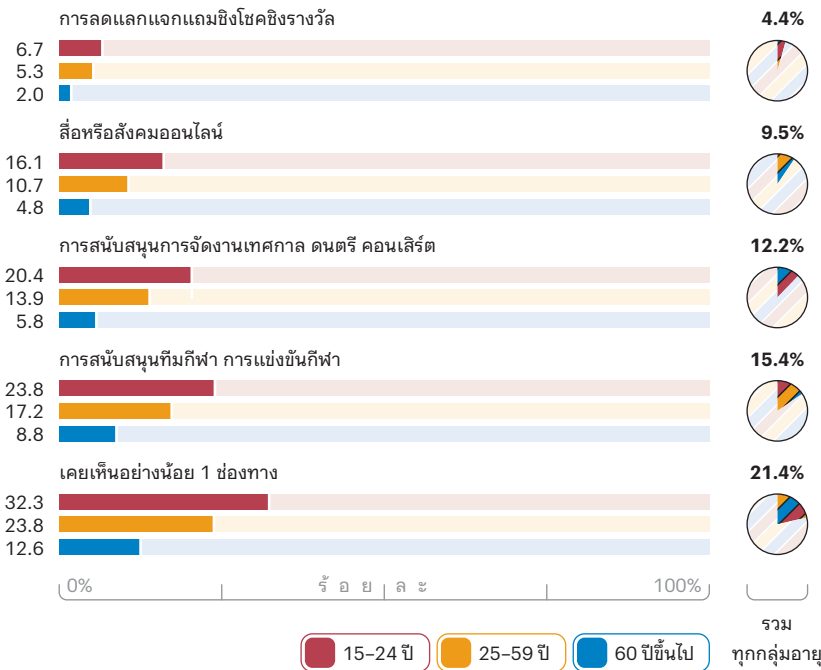
อัตราการดื่มหนักหรือดื่มปริมาณมากในครั้งเดียว ในกลุ่มผู้ดื่มอายุ 15 ปีขึ้นไป ใน 12 เดือนที่ผ่านมา



เกณฑ์การพิจารณา "ดื่มหนักเป็นประจำ"	เกณฑ์การพิจารณา "ดื่มหนักนาน ๆ ครั้ง"	เกณฑ์การพิจารณา "ดื่มหนัก/ดื่มมาก"
อย่างน้อยดื่มหนักทุกเดือน ใน 12 เดือนที่ผ่านมา	น้อยกว่า 8-11 วัน ต่อปี	สุราขาว/เซียงฮุน/ขาดองเหล้า/สุราสี 5 เป๊ก หรือ ¼ ขวดใหญ่ หรือ ½ ขวดกลาง สุราสีหรือสุราสีน้ำตาลที่ผสมแล้ว 8 แก้วที่ผสมแล้ว เบียร์ 4 กระป๋อง หรือ 2 ขวดใหญ่ ไวน์/แชมเปญ 1 ขวดใหญ่ หรือ 4 แก้วไวน์ น้ำผลไม้ผสมแอลกอฮอล์/ไวน์คูลเลอร์ 4.5 ขวด/กระป๋อง เหล้าหมัก (กระแช่/สาโท/สุราพื้นเมือง) 1 ขวดใหญ่หรือ 2 แก้วครึ่ง

ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

สัดส่วนผู้เคยพบเห็นการโฆษณา กิจกรรมการตลาด การส่งเสริมการขายของธุรกิจเครื่องดื่มน้ำที่มีแอลกอฮอล์หรือธุรกิจที่มีตราสัญลักษณ์ของเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จำแนกตามกลุ่มอายุ



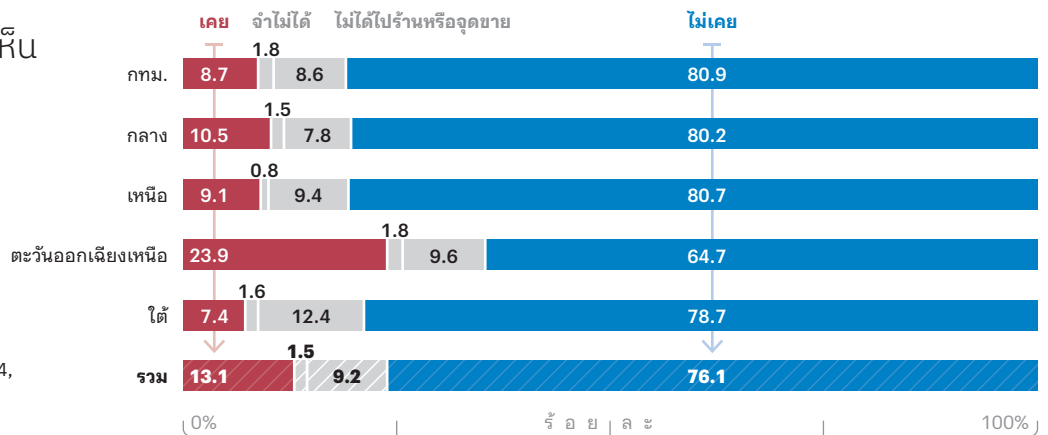
ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

การโฆษณาของธุรกิจเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือธุรกิจที่มีตราสัญลักษณ์คล้ายกับตราสัญลักษณ์เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นประเด็นที่ต้องเฝ้าระวังเพื่อติดตามอย่างใกล้ชิด ปัจจุบันเยาวชนอายุ 15-24 ปี เป็นกลุ่มที่รายงานการพบเห็นการโฆษณา กิจกรรมการตลาด และการส่งเสริมการขายเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มากที่สุด โดยเฉพาะในรูปแบบการสนับสนุนทีมกีฬาหรือการแข่งขันกีฬาที่ร้อยละ 23.8 ตามด้วยรูปแบบการสนับสนุนการจัดงานเทศกาลต่าง ๆ ที่ร้อยละ 20.4 และผ่านสื่อหรือสิ่งพิมพ์ออนไลน์ที่ร้อยละ 16.1

การควบคุมการตลาดต้องดำเนินการควบคู่ไปกับการบังคับใช้กฎหมาย ซึ่งพบในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีสัดส่วนการพบเห็นการขายเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ให้เด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปีสูงที่สุด ที่ร้อยละ 23.9 สูงกว่าค่าเฉลี่ยทั้งประเทศที่ร้อยละ 13.1

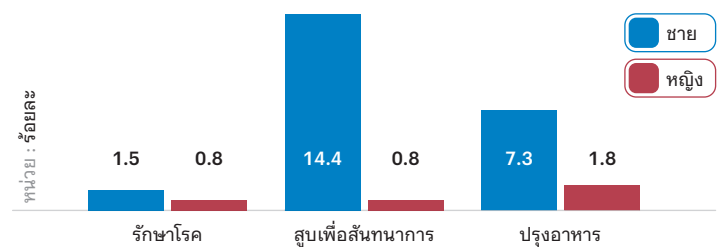
สัดส่วนการเคยพบเห็นการขายเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ให้เด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี จำแนกตามภาค

ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564, สำนักงานสถิติแห่งชาติ



ในด้านของสิ่งเสพติด พฤติกรรมการใช้กัญชาเป็นประเด็นที่ต้องเฝ้าระวัง ในปี 2563 ได้มีการสำรวจการใช้กัญชาในวัตถุประสงค์ต่าง ๆ พบความแตกต่างชัดเจนระหว่างเพศและวัตถุประสงค์การใช้ โดยพบว่าผู้ชายร้อยละ 14.4 เคยใช้กัญชาเพื่อสันทนาการในตลอดชีวิตที่ผ่านมา สูงกว่าผู้หญิงราว 18 เท่า การใช้กัญชาเป็นประเด็นที่ต้องติดตามถึงแนวโน้มการใช้ รวมถึงผลกระทบต่อสุขภาพ เมื่อกัญชาได้ถูกถอดออกจากบัญชียาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 ในปี 2565 ที่ผ่านมา

สัดส่วนประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่เคยใช้กัญชา จำแนกตามวัตถุประสงค์และเพศ



ที่มา : โครงการสำรวจความรู้ ความเข้าใจ และความคิดเห็นของประชาชนต่อเรื่องกัญชาทางการแพทย์ และการใช้แบบสันทนาการ พ.ศ. 2563, ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด

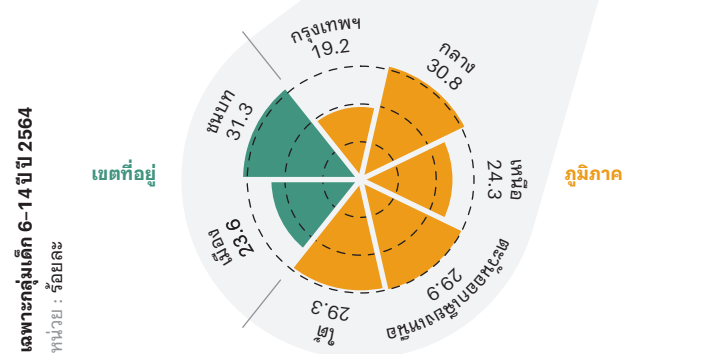
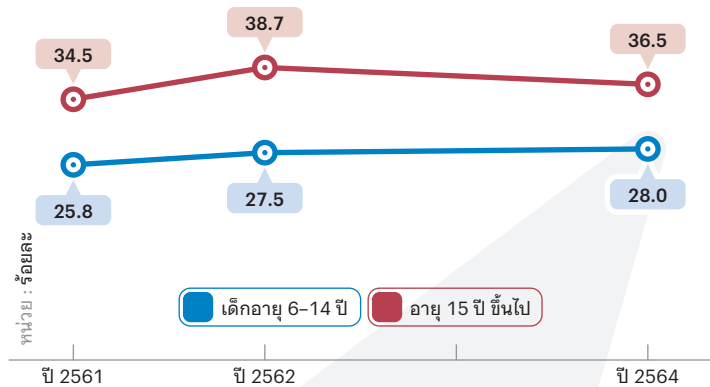
1 ใน 10 ของคนไทยมีความไม่มั่นคงทางอาหารระดับรุนแรง สมาชิกในครัวเรือนเปราะบางเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องดูแล

เงื่อนไขสำคัญหนึ่งของการมีสุขภาพดีที่เท่าเทียมกันของประชากร ได้แก่ ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมที่กำหนดสภาพแวดล้อม และวิถีชีวิตของบุคคลซึ่งเอื้อต่อการมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ได้สมดุลทางโภชนาการ มีคุณภาพและความปลอดภัย มีปริมาณเพียงพอและสามารถเข้าถึงได้ตามความต้องการตามช่วงวัย

พฤติกรรมด้านอาหารของคนไทยหลายเรื่องยังน่าเป็นห่วง โดยเฉพาะการบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ การดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน และการกินผักและผลไม้ที่ไม่เพียงพอ ปัญหาเหล่านี้มีความแตกต่างในแต่ละกลุ่มประชากรตามสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม การกินอาหารที่มีไขมันสูงและเครื่องดื่มที่มีรสหวานค่อนข้างเป็นปัญหาในกลุ่มคนรายได้สูง ขณะที่การกินเนื้อสัตว์แปรรูปและอาหารกึ่งสำเร็จรูปที่เสี่ยงต่อสุขภาพเป็นปัญหามากกว่าในกลุ่มคนรายได้น้อย

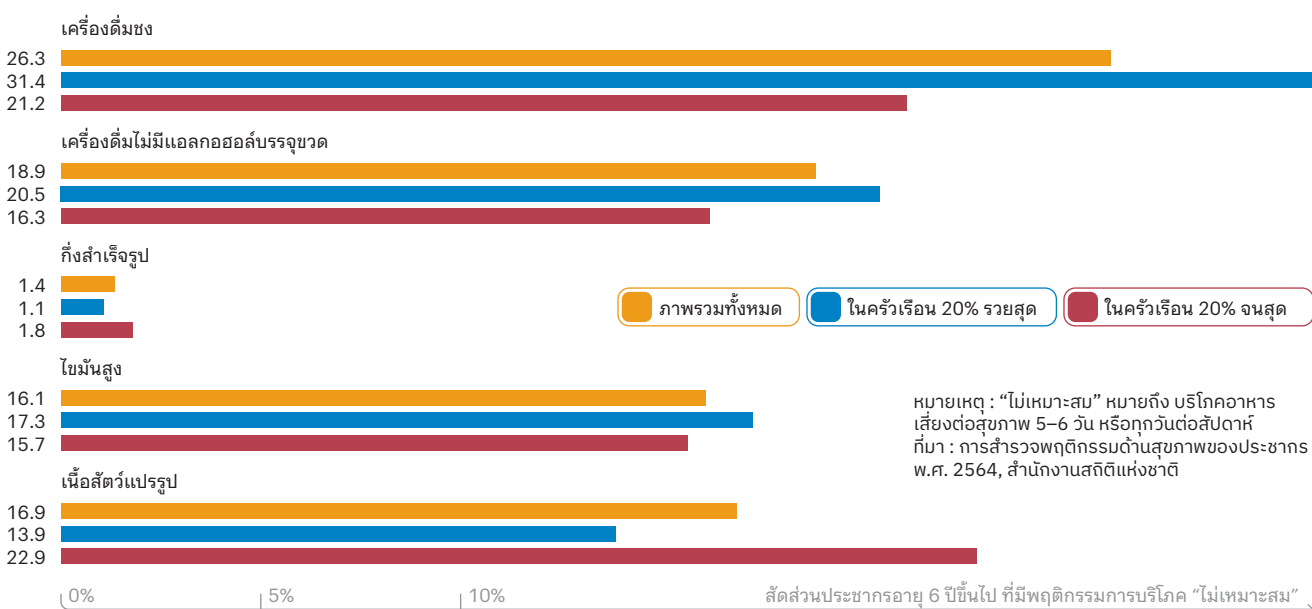
ในภาพรวมคนไทยยังมีการกินผักและผลไม้ที่เพียงพอค่อนข้างต่ำ โดยเฉพาะเด็กอายุ 6-14 ปี กลุ่มที่น่าเป็นห่วง คือ เด็กในกรุงเทพมหานครที่ในปี 2564 พบว่ามีไม่ถึง 1 ใน 4 เท่านั้นที่กินผักและผลไม้เพียงพอ

ร้อยละของผู้ที่กินผักและผลไม้รวมกันเพียงพอต่อวัน



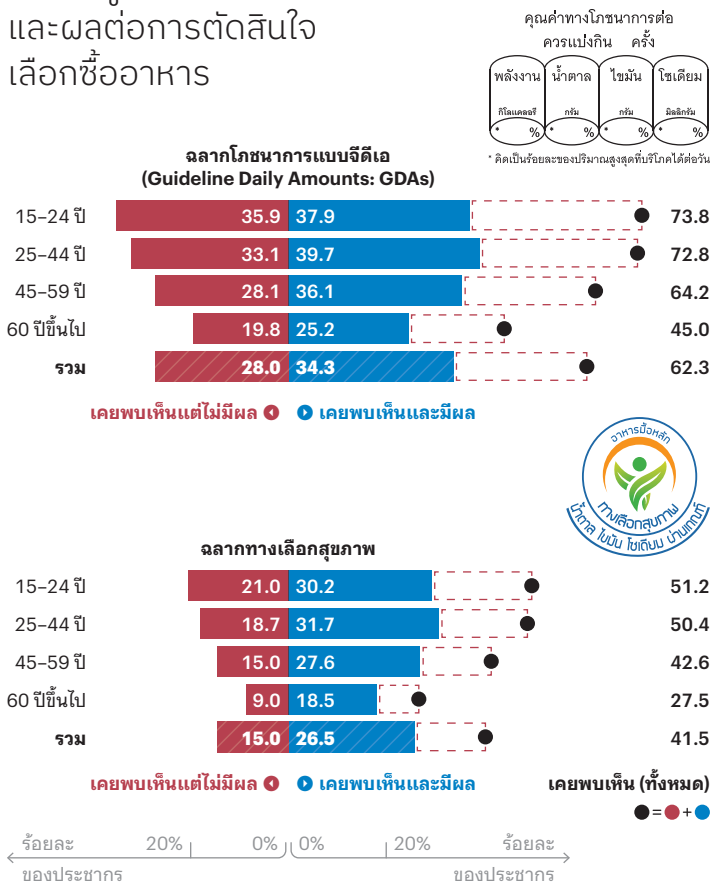
ที่มา : โครงการศึกษาสถานการณ์การบริโภคผักและผลไม้ของคนไทย ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2561 ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2562 และ ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2564 โดย สสส. ร่วมกับสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

การบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อสุขภาพของคนไทย



หมายเหตุ : “ไม่เหมาะสม” หมายถึง บริโภคอาหารเสี่ยงต่อสุขภาพ 5-6 วัน หรือถูกวันต่อสัปดาห์
ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมระดับด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

การรับรู้ฉลากโภชนาการ และผลต่อการตัดสินใจเลือกซื้ออาหาร

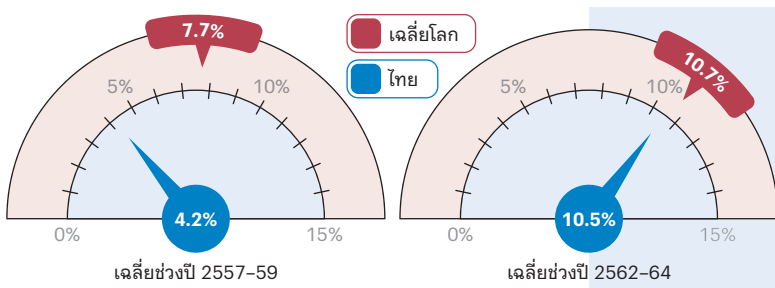


ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

การสร้างความรู้ทางสุขภาพด้านอาหาร เป็นเรื่องที่ต้องส่งเสริม คนไทยยังมีการรับรู้เกี่ยวกับฉลากโภชนาการบนผลิตภัณฑ์อาหารค่อนข้างต่ำไม่ถึง 2 ใน 3 เท่านั้นที่เคยพบเห็นฉลากโภชนาการแบบจีดีเอที่แสดงค่าพลังงาน น้ำตาล ไขมันและโซเดียมในผลิตภัณฑ์อาหาร กลุ่มคนอายุน้อยมีสัดส่วนที่เคยพบเห็นสูงกว่ากลุ่มคนอายุมาก แต่จำนวนมากหรือเกือบครึ่ง แม้จะเคยพบเห็นแต่ก็ยังไม่มียผลต่อพฤติกรรมการตัดสินใจเลือกซื้ออาหาร

ภายใต้สถานการณ์โควิด-19 สัดส่วนคนไทยที่มีความไม่มั่นคงทางอาหารในระดับรุนแรงคาดว่าจะเพิ่มขึ้นสูงกว่า 2 เท่า จากข้อมูลในรายงานสถานะความมั่นคงทางอาหารและโภชนาการในโลก (The State of Food Security and Nutrition in the World) ตัวเลขสัดส่วนนี้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.2 ของประชากรในช่วงปี 2557-2559 เป็นร้อยละ 10.5 ในช่วงปี 2562-2564 โดยกลุ่มที่มีความเปราะบางและประสบปัญหา มากที่สุดในการเข้าถึงอาหารที่มีประโยชน์ มีคุณค่าทางโภชนาการที่เพียงพอ คือ สมาชิกในครัวเรือนยากจนหรือมีรายได้น้อย และครัวเรือนที่มีประชากรกลุ่มเปราะบาง ได้แก่ เด็กเล็ก หญิงตั้งครรภ์ ผู้พิการ และผู้สูงอายุ

ประมาณการร้อยละประชากรที่มีความไม่มั่นคงทางอาหารระดับรุนแรง



ที่มา : The State of Food Security and Nutrition in the World 2022, FAO.

การสำรวจในประเทศไทยกับประชากรอายุ 13 ปีขึ้นไป ปี 2564 พบผู้ที่มีความไม่มั่นคงทางอาหารระดับรุนแรงในสัดส่วนที่ต่ำกว่านี้ที่ร้อยละ 2.9 โดยกลุ่มที่เสี่ยงกว่ากลุ่มอื่น ได้แก่ ผู้หญิง (ร้อยละ 3.2) เด็กอายุ 13-14 ปี (ร้อยละ 4.2) และผู้สูงอายุ (ร้อยละ 3.6)

ที่มา : รายงานโครงการศึกษาสถานการณ์บริโภคผักและผลไม้ของคนไทย (ระดับประเทศ) ครั้งที่ 3 (ปี 2564), สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ครัวเรือนที่ประสบปัญหาด้านอาหาร ในสถานการณ์โควิด-19

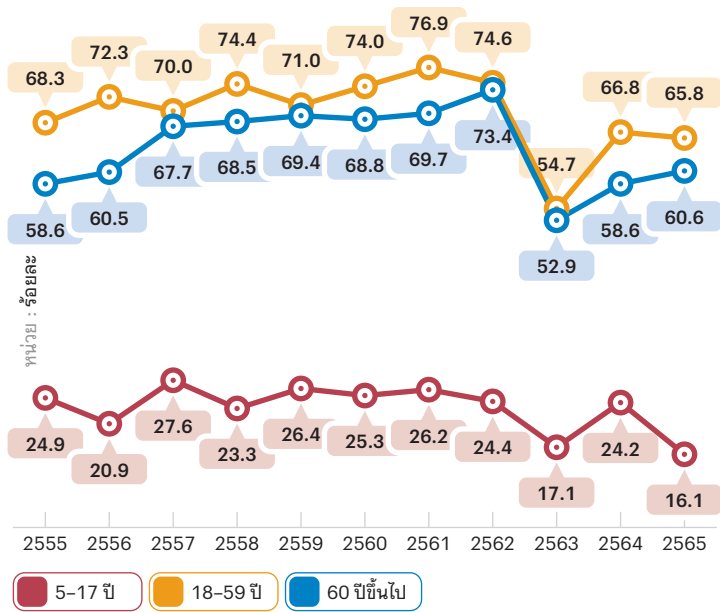


กลุ่มประชากร	ประสบกับภาวะหิวแต่ไม่ได้กิน	ขาดแคลนอาหาร/วัตถุดิบที่ใช้ในการประกอบอาหาร	ไม่ได้กินอาหารที่มีประโยชน์หรือมีคุณค่าทางโภชนาการ
มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป	3.8	7.8	10.9
มีเด็ก 0-4 ปี	4.8	10.0	13.0
มีหญิงตั้งครรภ์	7.6	10.7	15.3
มีผู้พิการ	6.5	14.1	18.4
ยากจนที่สุด 20%	10.9	22.6	29.6
ครัวเรือนทั้งหมด	4.0	7.5	10.4

ที่มา : การสำรวจผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ต่อครัวเรือนในประเทศไทย พ.ศ. 2565, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

“ เด็กและเยาวชนไทยเพียง 1 ใน 4 ที่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอ ”

สัดส่วนการมีกิจกรรมทางกายเพียงพอ จำแนกตามกลุ่มอายุ



ที่มา : การสำรวจการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ พ.ศ. 2555-2565, ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย

อายุและเพศเป็นปัจจัยกำหนดสำคัญในการมีกิจกรรมทางกายเพียงพอ กลุ่มประชากรที่เสี่ยงต่อการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ คือ กลุ่มเด็กและเยาวชน และผู้หญิง

การมีกิจกรรมทางกายเพียงพอของคนไทยเป็นประเด็นที่ควรได้รับการส่งเสริม ทุกกลุ่มอายุยังคงมีสัดส่วนการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอต่ำกว่าเป้าหมายแผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561-2573 ที่ตั้งตัวชี้วัดประชาชนมีกิจกรรมทางกายเพียงพอที่ร้อยละ 75 กลุ่มเด็กและเยาวชนอายุ 6-17 ปี เป็นกลุ่มที่ต้องส่งเสริมเป็นพิเศษ เพราะมีสัดส่วนกิจกรรมทางกายเพียงพอต่ำที่สุดในทุกกลุ่มอายุ ในปี 2563 ซึ่งเป็นปีที่เริ่มมีมาตรการของโควิด-19 และมาตรการล็อกดาวน์ พบว่ากิจกรรมทางกายเพียงพอลดลงในทุกกลุ่มอายุ เมื่อพิจารณาเกี่ยวกับเพศพบว่า ผู้หญิงมีกิจกรรมทางกายเพียงพอต่ำกว่าผู้ชายในทุกกลุ่มอายุ

สัดส่วนการมีกิจกรรมทางกายเพียงพอ

กิจกรรมทางกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวตลอดเวลาทั้งวัน ทั้งการทำงาน การเดินทาง และนันทนาการตลอดจนการออกกำลังกาย โดยมีข้อแนะนำให้มีการมีกิจกรรมทางกายในระดับปานกลางถึงหนักให้เพียงพออย่างต่อเนื่องเพื่อสุขภาพร่างกายที่ดี

■ กลุ่มอายุ 5-17 ปี

	2555	2556	2557	2558	2559	2560	2561	2562	2563	2564	2565
ชาย	27.8	24.2	29.1	25.8	29.5	28.6	31.4	31.0	20.3	25.9	21.4
หญิง	23.4	17.4	22.4	19.4	21.4	20.5	22.9	21.6	13.9	22.7	10.3
รวม	24.9	20.9	27.6	23.3	26.4	25.3	26.2	24.4	17.1	24.2	16.1



■ กลุ่มอายุ 18-59 ปี

	2555	2556	2557	2558	2559	2560	2561	2562	2563	2564	2565
ชาย	73.4	76.7	72.8	76.5	73.6	76.8	79.8	76.4	57.6	69.0	69.5
หญิง	63.9	68.4	68.1	73.0	69.3	71.4	74.1	72.8	51.4	64.6	62.2
รวม	68.3	72.3	70.0	74.4	71.0	74.0	76.9	74.6	54.7	66.8	65.8



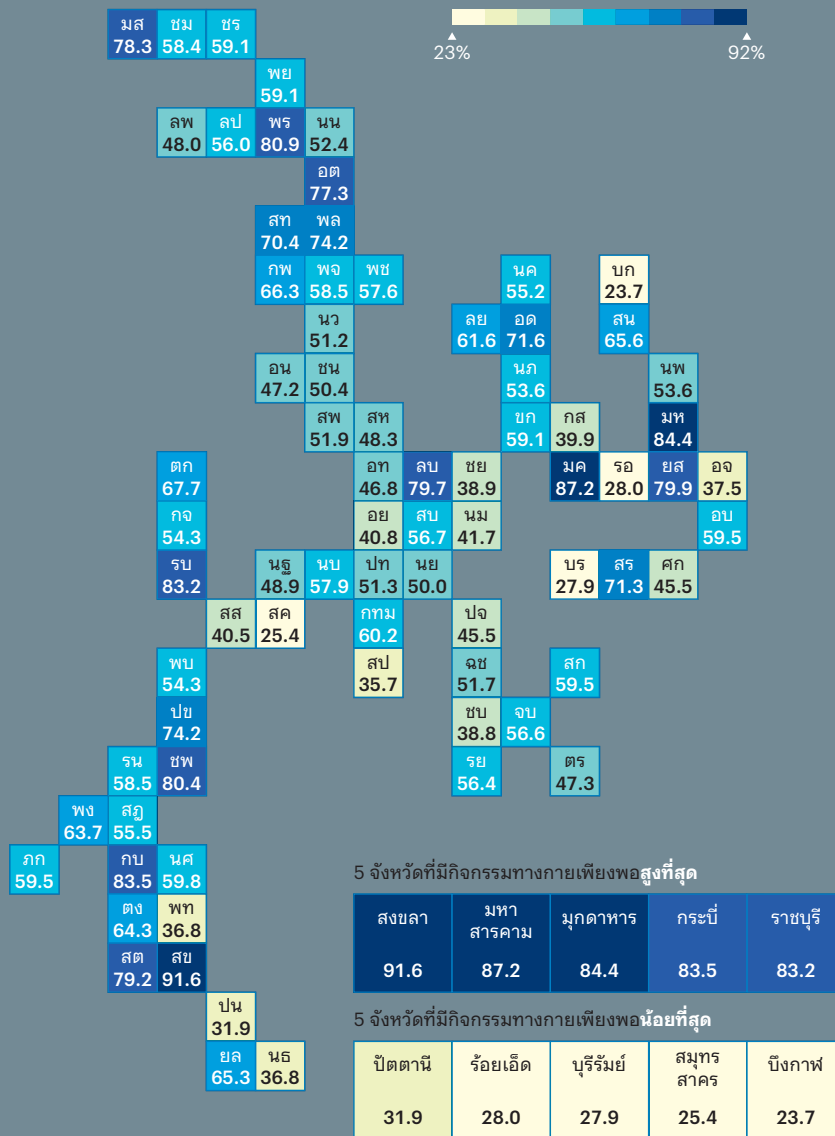
■ กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป

	2555	2556	2557	2558	2559	2560	2561	2562	2563	2564	2565
ชาย	62.4	64.8	69.7	71.7	73.7	69.4	73.3	75.2	54.4	66.0	62.7
หญิง	54.7	57.8	66.3	66.4	66.6	68.4	66.8	71.9	50.9	53.1	58.8
รวม	58.6	60.5	67.7	68.5	69.4	68.8	69.7	73.4	52.9	58.6	60.6



ที่มา : การสำรวจการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ พ.ศ. 2555-2565, ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย

สัดส่วนประชากรที่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอ จำแนกรายจังหวัด

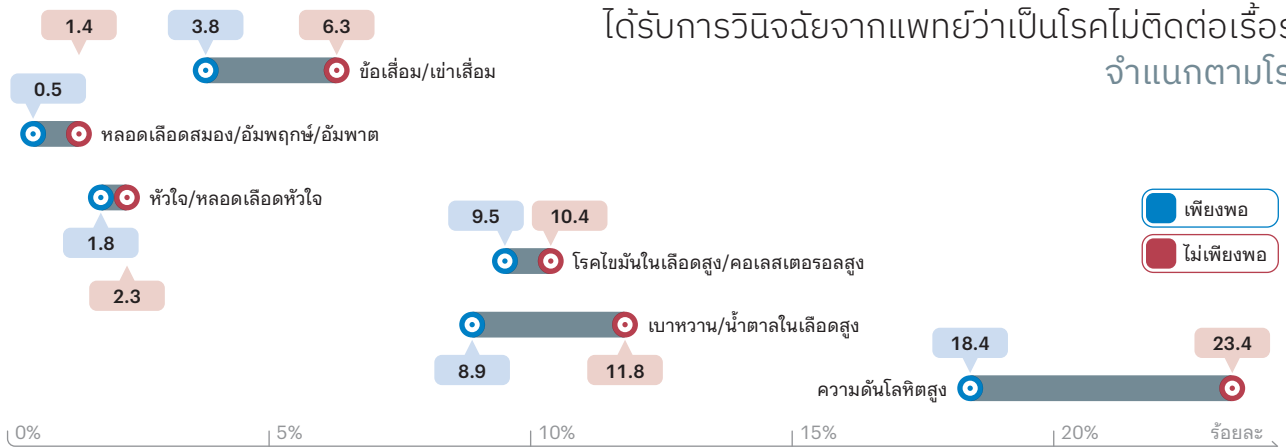


ที่มา : การสำรวจด้านพฤติกรรมสุขภาพประชากร พ.ศ. 2564, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

นอกจากนี้ ประเทศไทยยังพบความเหลื่อมล้ำการมีกิจกรรมทางกายเชิงพื้นที่ โดยพบความแตกต่างระหว่างจังหวัดที่มีกิจกรรมที่เพียงพอสูงมีสัดส่วนประชากรที่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอสูงกว่าจังหวัดที่มีกิจกรรมเพียงพอต่ำมากกว่า 3 เท่า ซึ่งความเหลื่อมล้ำนี้ อาจเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย เช่น โครงสร้างอายุของประชากรในพื้นที่ ลักษณะอาชีพ โครงสร้างพื้นฐานของจังหวัดที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย และลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมในเรื่องการมีกิจกรรมทางกาย

การมีกิจกรรมทางกายเพียงพอสามารถลดความเสี่ยงของการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable Diseases: NCD) ได้ การสำรวจปี 2564 พบว่ากลุ่มประชากรที่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอตรวจพบโรคไม่ติดต่อเรื้อรังน้อยกว่ากลุ่มประชากรที่มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ผู้มีกิจกรรมทางกายเพียงพอตรวจพบการเป็นความดันโลหิตสูงที่ร้อยละ 18.4 เปรียบเทียบกับผู้มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอที่ร้อยละ 23.4 การส่งเสริมกิจกรรมทางกายให้เพียงพอในทุกเพศและทุกวัย จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในระยะยาว

สัดส่วนประชากรที่มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอและไม่เพียงพอ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำแนกตามโรค



ที่มา : การสำรวจด้านพฤติกรรมสุขภาพประชากร พ.ศ. 2564, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

1 ใน 5 ของคนไทยที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน เป็นกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนอายุ 15-24 ปี

จำนวนและอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในไทยแม้จะมีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปี 2559 แต่ยังคงสูงกว่าค่าเฉลี่ยโลกมากอยู่พอควร การสูญเสียส่วนใหญ่เป็นในกลุ่มประชากรอายุน้อย เพศชาย จำนวนมากมีสาเหตุจากปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมที่ขับขี่ที่ไม่ปลอดภัย

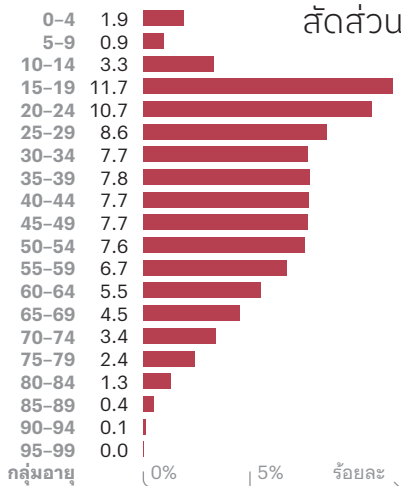
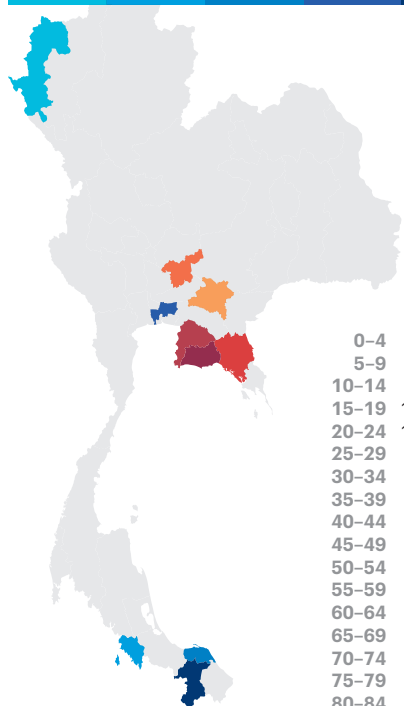
อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน (ต่อประชากรแสนคน) เฉลี่ยในช่วง 5 ปี (ปี 2560-2564)

5 จังหวัดสูงสุด

ระยอง	ชลบุรี	จันทบุรี	สระบุรี	ปราจีนบุรี
61.5	48.3	47.9	47.1	46.6

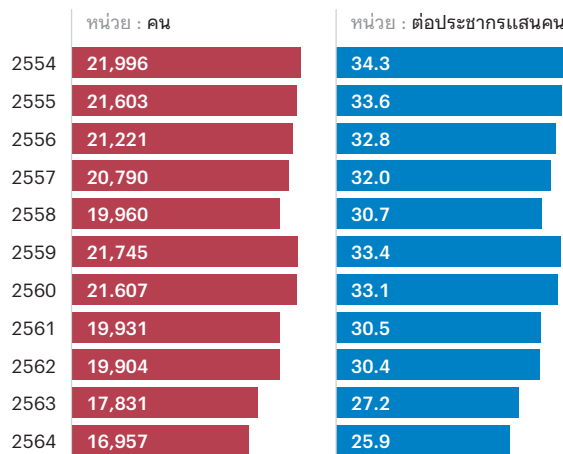
5 จังหวัดต่ำสุด

แม่ฮ่องสอน	สตูล	ปัตตานี	กรุงเทพฯ	ยะลา
17.8	17.5	15.8	15.2	14.6



คนไทยเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในปี 2564 จำนวน 16,957 คน คิดเป็นอัตรา 25.9 คนต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของโลกที่มีการรายงานล่าสุดในปี 2562 ที่ 16.7 คนต่อประชากรแสนคน ภาพรวมผู้เสียชีวิตในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา กว่า 3 ใน 4 เป็นเพศชาย กว่า 1 ใน 5 อยู่ในช่วงอายุ 15-24 ปี ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มอายุอื่น และประมาณ 3 ใน 4 เป็นกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์เป็นยานพาหนะ จังหวัดในภูมิภาคตะวันออก โดยเฉพาะ ระยอง ชลบุรี และจันทบุรี เป็นพื้นที่ที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุดเมื่อเทียบกับภูมิภาคอื่น

การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ปี 2554-2564

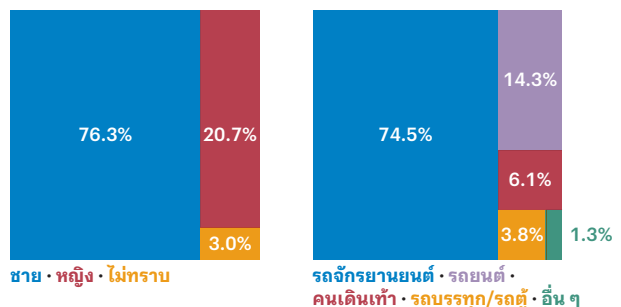


ค่าเฉลี่ยโลก ปี 2562 คือ **16.7** ต่อประชากรแสนคน

ที่มา : Global Health Observatory Data Repository, The World Bank

สัดส่วนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ปี 2554-2564

ตามกลุ่มอายุ เพศ และยานพาหนะ

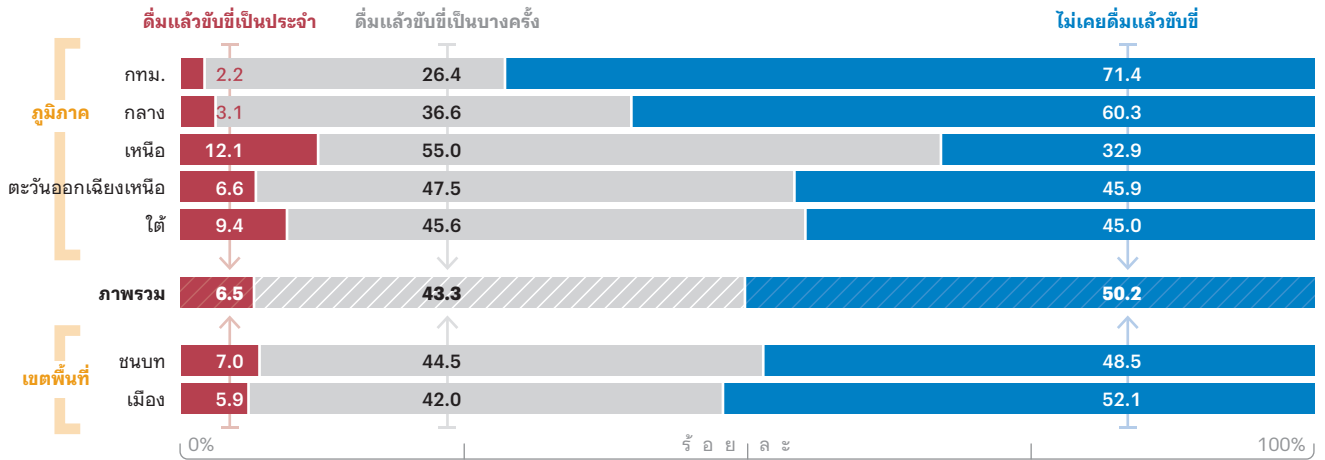


ที่มา : อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน พ.ศ. 2560-2564, ศูนย์ความร่วมมือด้านข้อมูลการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ : ไม่รวมการเสียชีวิตที่ไม่สามารถระบุกลุ่มอายุหรือยานพาหนะได้
ที่มา : อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน พ.ศ. 2560-2564, ศูนย์ความร่วมมือด้านข้อมูลการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

พฤติกรรมดื่มแล้วขับในกลุ่มผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในรอบ 12 เดือน

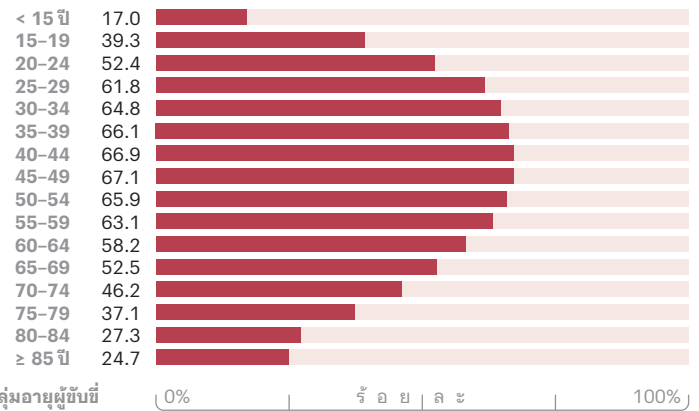
หมายเหตุ : เฉพาะผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในรอบ 12 เดือน และเป็นผู้ขับขี่รถยนต์ หรือจักรยานยนต์
ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564, สำนักงานสถิติแห่งชาติ



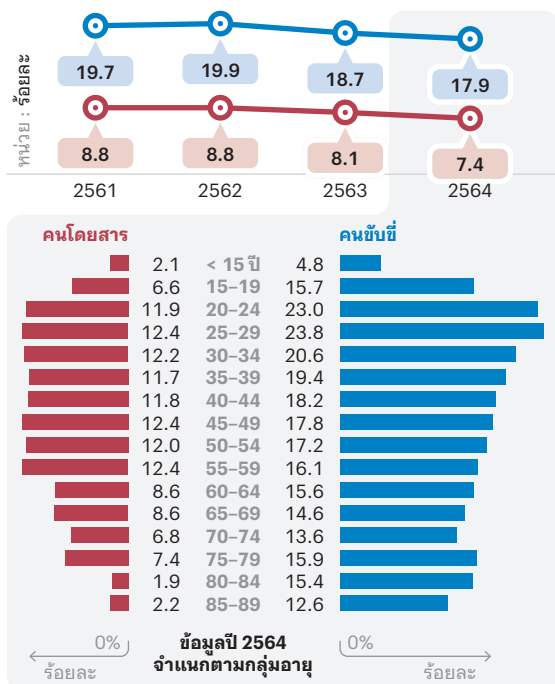
ร้อยละการตรวจพบแอลกอฮอล์ (ทั้งที่เกินและไม่เกินกฎหมายกำหนด) จำแนกตามกลุ่มอายุผู้ขับขี่

ภาพรวม ตรวจพบแอลกอฮอล์	59%
จำแนกเป็นเกินกฎหมายกำหนด	52%
และไม่เกินกฎหมายกำหนด	7%

หมายเหตุ : การตรวจวัดปริมาณแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้ขับขี่ เดือนธันวาคม 2561 ถึง เดือนกรกฎาคม 2564 โดยกลุ่มตัวอย่างของการสำรวจเป็นกลุ่มที่มีลักษณะ-บ่งชี้ว่าอาจมีแอลกอฮอล์อยู่ในระหว่างขับ หรือใช้ถนน
ที่มา : รายงานการตรวจวัดแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้ขับขี่ พ.ศ. 2560-2564, ศูนย์ข้อมูลกลางด้านการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข



การใช้หมวกนิรภัยของผู้ขับขี่และโดยสารรถจักรยานยนต์ ที่บาดเจ็บและเสียชีวิต



หมายเหตุ : ไม่รวม ผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตที่ไม่ทราบว่า ใช้หรือไม่ใช้หมวกนิรภัย
ที่มา : จำนวนสาเหตุการบาดเจ็บ พ.ศ. 2561-2564, ศูนย์ความร่วมมือด้านข้อมูลการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

การบาดเจ็บและเสียชีวิตจำนวนมากยังคงมีสาเหตุสำคัญมาจากพฤติกรรมเสี่ยง ดื่มแล้วขับ และการไม่สวมหมวกนิรภัยหรือใช้อุปกรณ์ป้องกันในระหว่างขับ จากผลการสำรวจในปี 2564 กับผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในรอบ 12 เดือนและเป็นผู้ขับขี่รถยนต์หรือจักรยานยนต์ พบว่า มากถึงเกือบครึ่ง “เคยดื่มแล้วขับเป็นบางครั้ง” หรือ “เคยดื่มแล้วขับเป็นประจำ” (ร้อยละ 43.3 และ 6.5 ตามลำดับ) โดยเฉพาะ นักดื่มในเขตชนบท และนักดื่มในภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ตามลำดับ และจากการตรวจวัดปริมาณแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้ขับขี่ ช่วงปี 2561-2564 มีสัดส่วนของการตรวจพบแอลกอฮอล์มากถึงร้อยละ 59 โดยพบเป็นสัดส่วนมากที่สุดในกลุ่มผู้ขับขี่อายุ 35-49 ปี

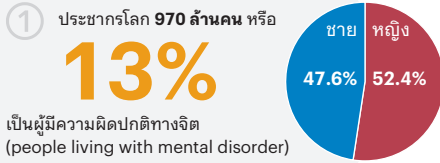
ในกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญของอุบัติเหตุทางถนน ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค พบว่า ผู้ใช้รถจักรยานยนต์ที่บาดเจ็บและเสียชีวิตในปี 2564 มีสัดส่วนการสวมหมวกนิรภัยที่ต่ำมากและสัดส่วนดังกล่าวมีแนวโน้มลดลงในช่วงที่ผ่านมา โดยมีเพียงร้อยละ 17.9 ในกลุ่มคนขับขี่ และ 7.4 ในกลุ่มคนโดยสาร เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี และผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในเรื่องนี้เนื่องจากมีสัดส่วนการสวมหมวกนิรภัยต่ำกว่าประชากรในกลุ่มวัยอื่น

6

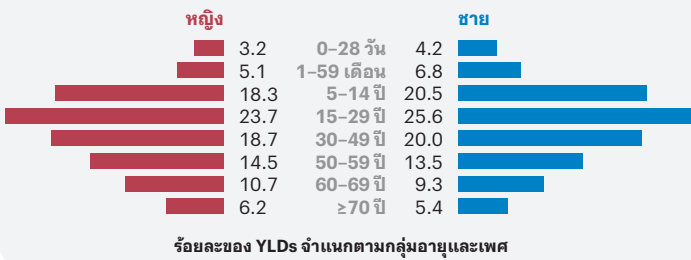
สุขภาพจิต

“ ผู้หญิงมีความเสี่ยงทางสุขภาพจิต สูงกว่าผู้ชาย แต่มีอัตราการตายจากการฆ่าตัวตายต่ำกว่า ”

รายงานสุขภาพจิตโลก 2565

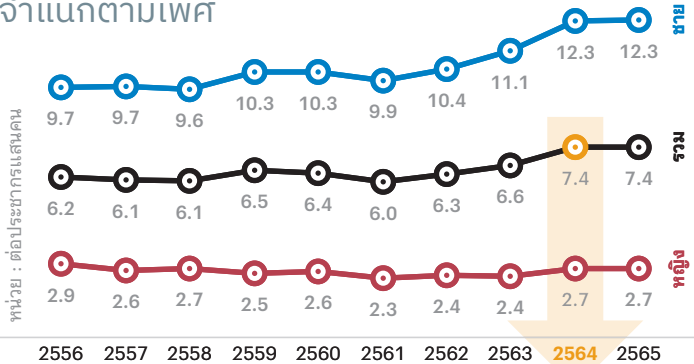


② ปีที่สูญเสียจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (years lived with disability: YLDs) ตลอดช่วงชีวิตของคน **มากถึงร้อยละ 15.6 มีสาเหตุเกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิต**

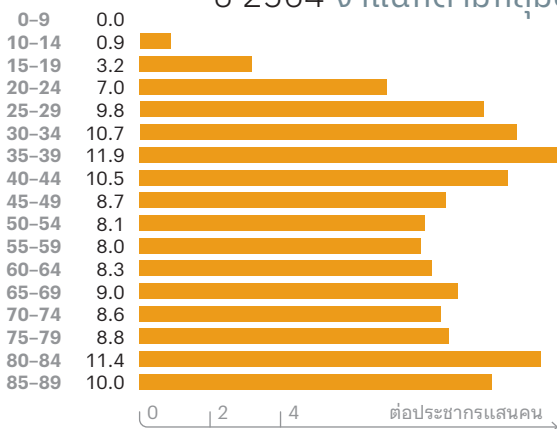


ที่มา : World Mental Health Report 2022, WHO

อัตราการตายจากการฆ่าตัวตาย ปี 2555-2564 จำแนกตามเพศ



ปี 2564 จำแนกตามกลุ่มอายุ

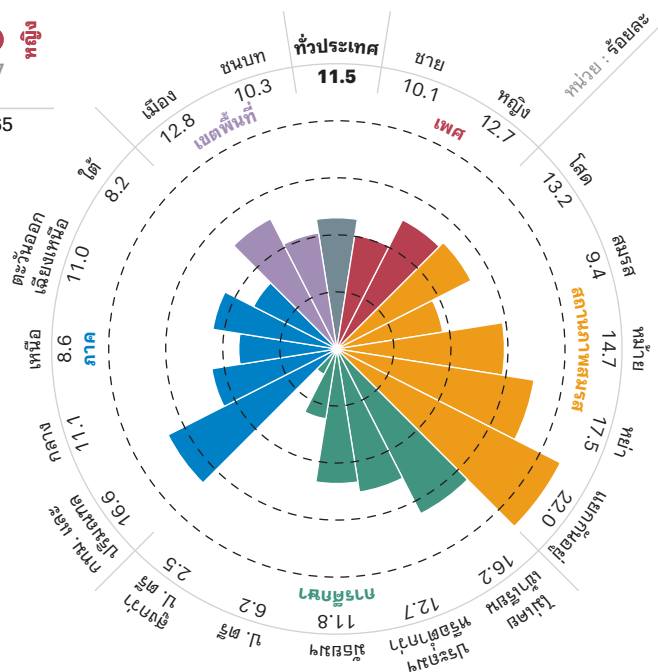


ที่มา : รายงานการฆ่าตัวตายสำเร็จจากไบรอนบัตเลอร์ พ.ศ. 2555-2564, ศูนย์เฝ้าระวังป้องกันและการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

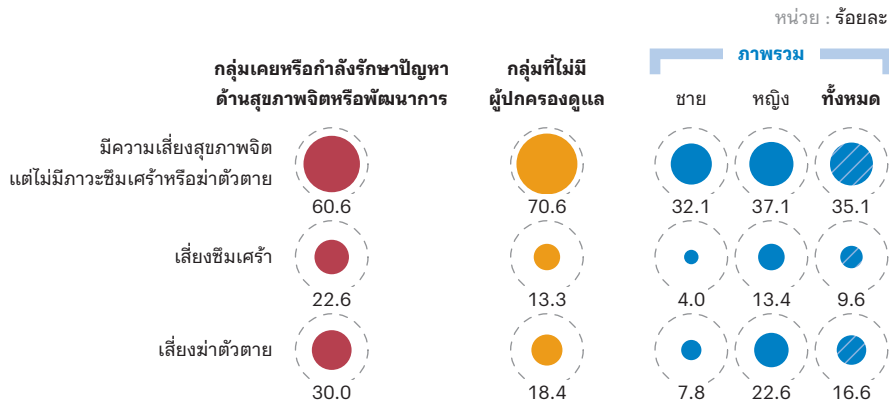
ปัจจัยกำหนดสุขภาพจิตของบุคคล มีทั้งในระดับบุคคล (เช่น สุขภาพกายที่ดี ทักษะทางสังคมและการจัดการอารมณ์ การเห็นคุณค่าและรู้จักตัวเอง พฤติกรรมสุขภาพ) ระดับครอบครัวและชุมชน (เช่น โภชนาการและการเลี้ยงดู ความปลอดภัย เครือข่ายและการสนับสนุนทางสังคม สภาพแวดล้อมการอยู่อาศัย) ไปจนถึงระดับโครงสร้าง (เช่น ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ โครงสร้างพื้นฐานระบบบริการสาธารณะ ความคุ้มครอง ความเป็นธรรมและการมีส่วนร่วมทางสังคม)

ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต คาดว่ามีมากถึงร้อยละ 13 ของประชากรโลก ในภาพรวมตลอดช่วงชีวิตของคน จำนวนปีสุขภาพที่สูญเสียจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพที่มีสาเหตุเกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิต มีสัดส่วนที่สูงในกลุ่มเด็กและเยาวชน 15-29 ปี โดยเฉพาะผู้ชาย ตามมาด้วย กลุ่มเด็ก 5-14 ปี และคนวัยทำงานตอนกลาง 30-49 ปี ที่น่าสนใจ คือ แม่ผู้หญิงจะมีการสูญเสียปีสุขภาพจากความผิดปกติทางจิตเป็นสัดส่วนต่ำกว่าผู้ชายในช่วงแรกเกิดจนถึง 49 ปี แต่พออายุ 50 ปีขึ้นไป สัดส่วนการสูญเสียดังกล่าวกลับเพิ่มสูงกว่า

ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป



ที่มา : การสำรวจสุขภาพจิต (ความสุข) ของคนในประเทศไทย พ.ศ. 2563, สำนักงานสถิติแห่งชาติ



ความเสี่ยงสุขภาพจิตเด็ก และวัยรุ่นอายุไม่เกิน 18 ปี

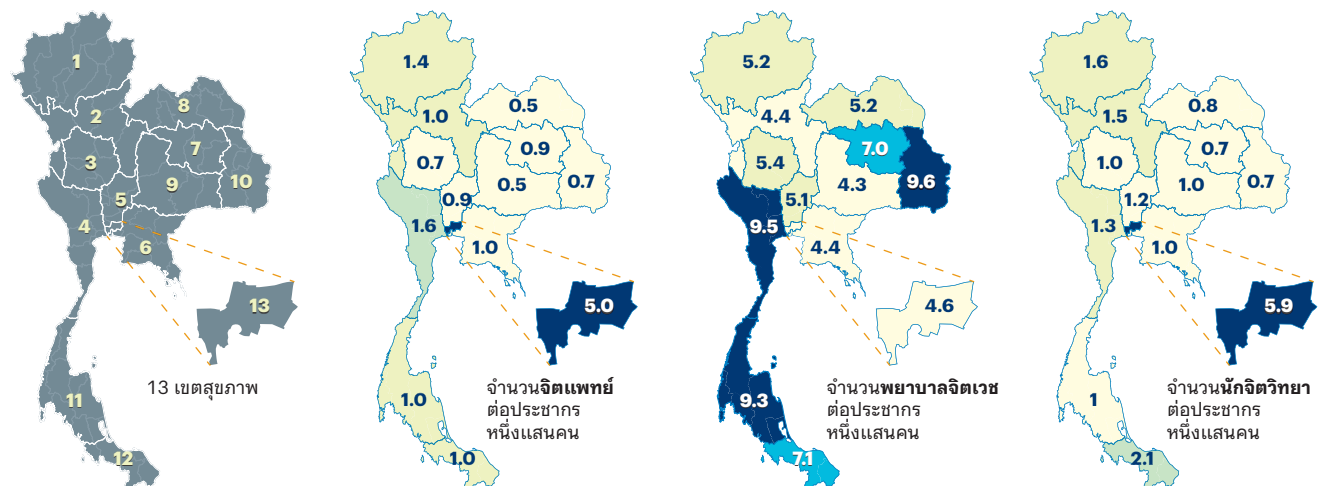
หมายเหตุ : ข้อมูลระหว่างวันที่ 12 ก.พ. ถึง 31 ส.ค. 2565 จำนวนผู้เข้าร่วมประเมินทั้งหมด 154,054 คน (ชาย 62,405 คน หญิง 91,467 คน และ ไม่ระบุเพศ 182 คน) ในจำนวนนี้ มีเด็กและวัยรุ่นที่ไม่มีผู้ปกครองดูแล 4,959 คน เคยหรือกำลังรักษาปัญหาด้านสุขภาพจิตหรือพัฒนาการ 6,916 คน
ที่มา : ข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นอายุไม่เกิน 18 ปี กรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2564, Tableau Public

ในไทย อัตราตายจากการฆ่าตัวตายซึ่งเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ภาพรวมสุขภาพจิตของคนในประเทศ พบว่าเท่ากับ 7.4 ต่อประชากรแสนคนในปี 2564 สูงที่สุดในกลุ่มคนวัยทำงานอายุ 35-39 ปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นชัดเจนในกลุ่มผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป โดยผู้ชายมีอัตราตายที่สูงกว่าผู้หญิงหลายเท่าตัวตลอดช่วง 10 ปีที่ผ่านมา อย่างไรก็ตาม จากแบบประเมินของกรมสุขภาพจิต ซึ่งพบคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป กว่า 1 ใน 10 (ร้อยละ 11.5) มีระดับสุขภาพจิตที่ต่ำกว่าคนทั่วไป ผู้หญิงกลับมีสัดส่วนของผู้ที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพจิตนี้สูงกว่าผู้ชาย โดยกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มอื่น ประกอบด้วย ผู้ที่เป็นหม้าย หย่า และแยกกันอยู่กับคู่สมรส มีระดับการศึกษาค่อนข้างต่ำหรือไม่ได้เรียนหนังสืออยู่อาศัยในเขตเมือง รวมถึง คนในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี เป็นอีกกลุ่มที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพจิตค่อนข้างสูง ผลการประเมินสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นในปี 2565 พบมากกว่า 1 ใน 3 มีความเสี่ยงทางสุขภาพจิตแต่ไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือเสี่ยงฆ่าตัวตาย ขณะที่ร้อยละ 16.6 และ 9.6 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและมีภาวะซึมเศร้า ตามลำดับ โดยกลุ่มที่ค่อนข้างเปราะบาง คือ เด็กและวัยรุ่นที่ไม่มีผู้ปกครองดูแล และกลุ่มที่เคยหรือกำลังรักษาปัญหาด้านสุขภาพจิตหรือพัฒนาการ

การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตในประเทศไทยยังคงเป็นความท้าทายจำนวนและสัดส่วนบุคลากรด้านสุขภาพจิตและจิตเวชต่อประชากรในประเทศยังคงค่อนข้างจำกัด และกระจุกตัวอยู่เฉพาะในบางพื้นที่ โดยเฉพาะ จิตแพทย์และนักจิตวิทยา ที่พบว่าในกรุงเทพมหานคร มีสัดส่วนต่อประชากรที่ต่ำกว่าภูมิภาคอื่นหลายเท่าตัว

จำนวนจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช และนักจิตวิทยา ต่อประชากรหนึ่งแสนคน ใน 13 เขตสุขภาพ

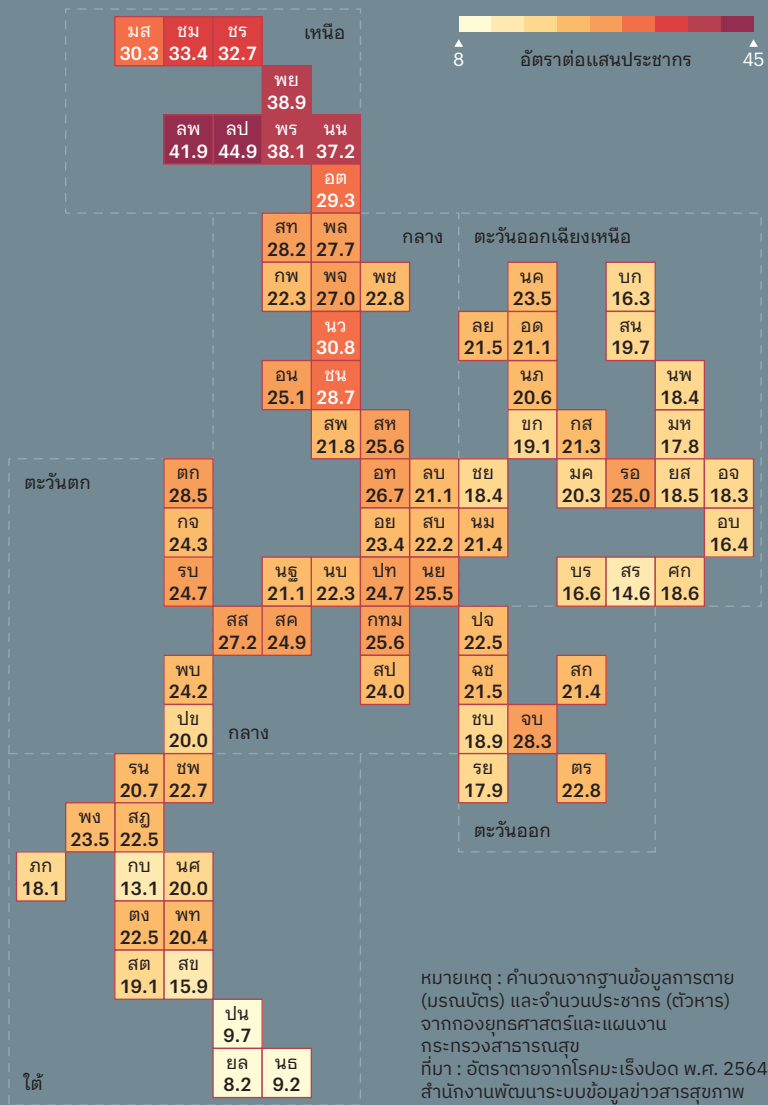


ที่มา : จำนวนผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช พ.ศ. 2565, กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

มลพิษทางสิ่งแวดล้อม

“ โรงงานบำบัดและกำจัดกากอุตสาหกรรมในภาคเหนือ ต้องรองรับโรงงานผู้ก่อกำเนิดของเสียมากกว่าภาคตะวันออกหรือภาคใต้ถึง 7 เท่า ”

แผนที่อัตราตายจากโรคมะเร็งปอด รายจังหวัด ปี 2563

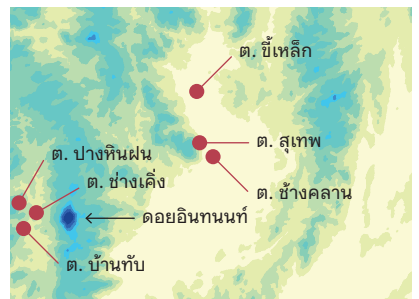


หมายเหตุ : ค่าตัวเลขจากฐานข้อมูลการตาย (มรณบัตร) และจำนวนประชากร (ตัวหาร) จากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข
ที่มา : อัตราตายจากโรคมะเร็งปอด พ.ศ. 2564, สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

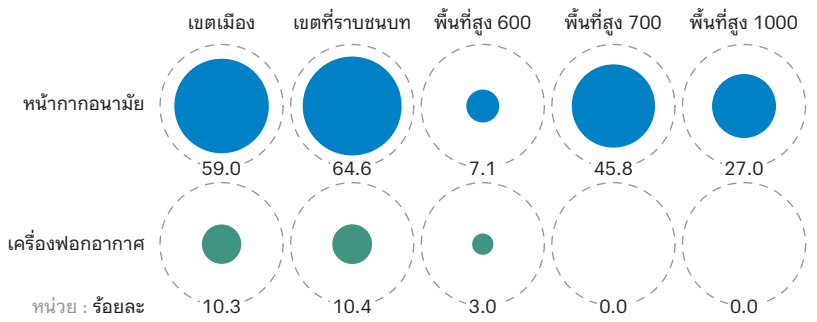
ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่สำคัญในประเทศไทย ได้แก่ มลพิษทางอากาศ มลพิษจากขยะ และมลพิษจากอุตสาหกรรม ที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของคนในแต่ละพื้นที่

กิจกรรมทางเศรษฐกิจ ไม่ว่าจะเป็น การคมนาคม อุตสาหกรรม การผลิต และการเกษตร ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะมลพิษทางอากาศ ที่เป็นประเด็นที่หลายภาคส่วนให้ความสนใจ โดยทั่วไปผู้ที่อาศัยอยู่ในภาคเหนือ มีโอกาสได้รับฝุ่น pm 2.5 มากกว่าผู้ที่อาศัยในภูมิภาคอื่น ซึ่งสัมพันธ์กับอัตราตายจากโรคมะเร็งปอดในแต่ละจังหวัดของภาคเหนือที่ 25.6 รายต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าภูมิภาคอื่นอย่างชัดเจน

ร้อยละความเต็มใจที่จะจ่ายเพื่ออุปกรณ์ป้องกันมลพิษทางอากาศในเชียงใหม่

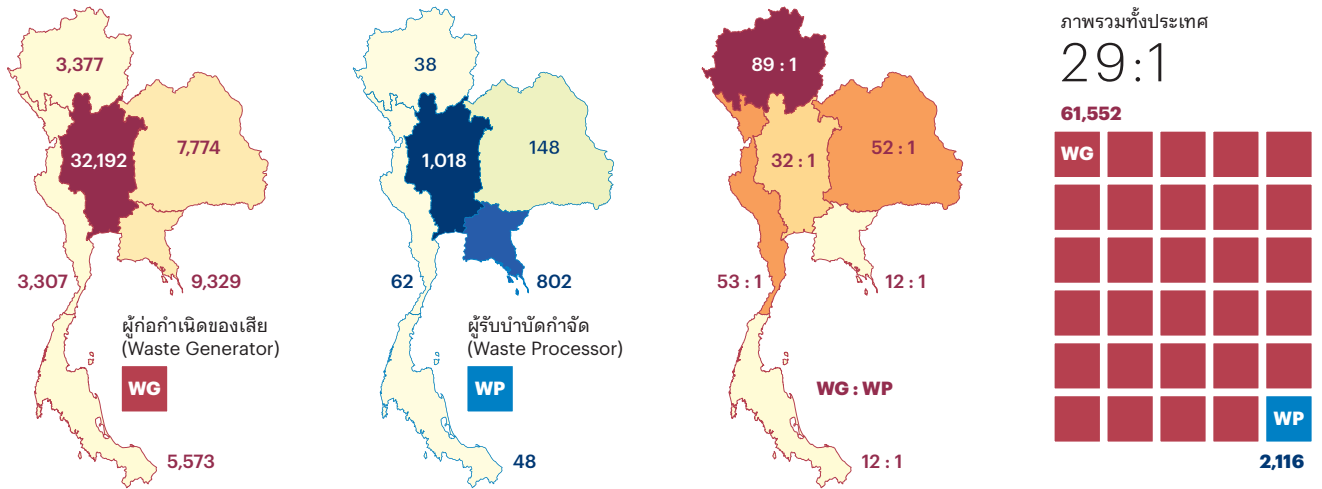


หมายเหตุ : ข้อมูลเก็บจาก 250 ครั้ง เรือน ใน 5 พื้นที่ (6 ตำบล) ของจังหวัดเชียงใหม่
เขตเมือง : ตำบลสุเทพ และตำบลข้างคลาน อำเภอเมือง
เขตที่ราบชนบท : ตำบลขี้เหล็ก อำเภอแม่ริม
พื้นที่สูง 600 (ความสูง 600 เมตรเหนือน้ำทะเล) : ตำบลข้างเคียง อำเภอแม่แจ่ม
พื้นที่สูง 700 (ความสูง 700 เมตรเหนือน้ำทะเล) : ตำบลป่าตัน อำเภอแม่แจ่ม
พื้นที่สูง 1000 (ความสูง 1000 เมตรเหนือน้ำทะเล) : ตำบลป่าหินฝน อำเภอแม่แจ่ม
ที่มา : Sreenonchi, Arunrat, and Kamnoonwatana, 2020



การกระจายตัวของโรงงานบำบัดและกำจัดกากอุตสาหกรรม และศักยภาพการรองรับและการกระจายตัว ในแต่ละภูมิภาค ปี 2564

ที่มา : รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี 2564, กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

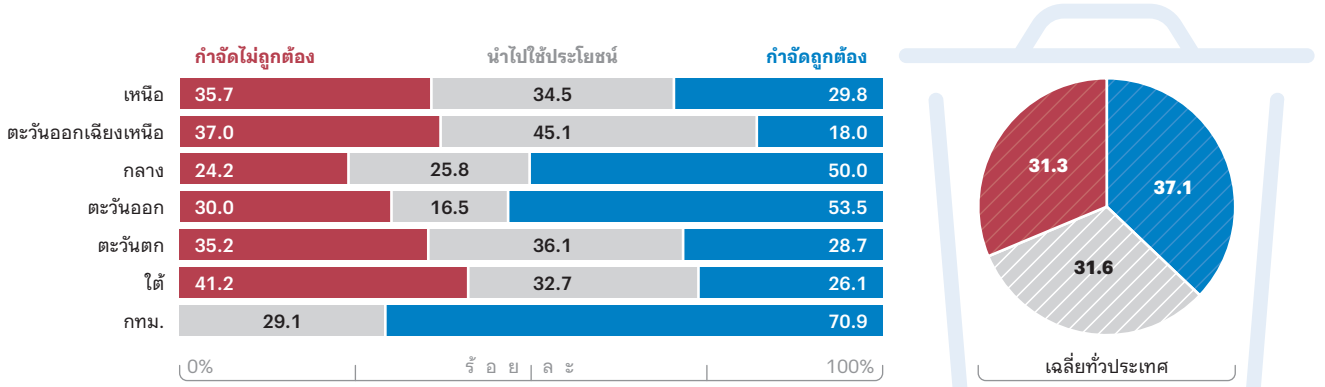


พฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงจากมลพิษทางอากาศในระดับบุคคล ไม่ว่าจะเป็นการใส่หน้ากากอนามัย และการติดตั้งเครื่องฟอกอากาศ แม้จะไม่สามารถแก้ปัญหาได้โดยตรง แต่อย่างน้อยสามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศได้ การศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่พบว่า คนในแต่ละพื้นที่มีความเต็มใจที่จะจ่ายเพื่ออุปกรณ์ป้องกันมลพิษทางอากาศแตกต่างกัน โดยพบว่าคนในเขตเมืองและเขตที่ราบชนบท มีความเต็มใจที่จะจ่ายสำหรับหน้ากากอนามัยและเครื่องฟอกอากาศสูงกว่าผู้อาศัยในพื้นที่สูง ซึ่งมีปัจจัยด้านระดับการศึกษา และการรับรู้ถึงภัยของมลพิษทางอากาศที่เกี่ยวข้อง

ในเรื่องของสถานการณ์ขยะมูลฝอย กรุงเทพมหานคร มีระบบการจัดการดีที่สุดใน ขยะมูลฝอยทั้งหมดมีการกำจัดอย่างถูกต้อง หรือนำไปใช้ประโยชน์ ในขณะที่ภาคใต้ ขยะที่ยังกำจัดไม่ถูกต้องมีสูงถึงร้อยละ 41.2 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศที่ร้อยละ 31.3 เรื่องกากอุตสาหกรรมเป็นอีกประเด็นสำคัญทางสุขภาพ แต่ละภูมิภาคมีสัดส่วนโรงงานบำบัดและกำจัดกากอุตสาหกรรมที่แตกต่างกันไป ภาคตะวันออกและภาคใต้มีสัดส่วนผู้ก่อกำเนิดของเสียต่อผู้รับบำบัดกำจัดของเสียต่ำที่สุด ที่ 12 ต่อ 1 ในขณะที่ภาคเหนือมีสัดส่วนสูงที่สุด ที่ 89 ต่อ 1 ภาคเหนือจึงมีความเสี่ยงล้นหลอมทั้งกากอุตสาหกรรมที่จะส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมเพราะมีศักยภาพการรองรับการกำจัดของเสียที่ต่ำกว่าภูมิภาคอื่น ถึงแม้จำนวนโรงงานผู้ก่อกำเนิดของเสียจะไม่ได้มีจำนวนมากก็ตาม

สถานการณ์ขยะมูลฝอยของภูมิภาค ปี 2564

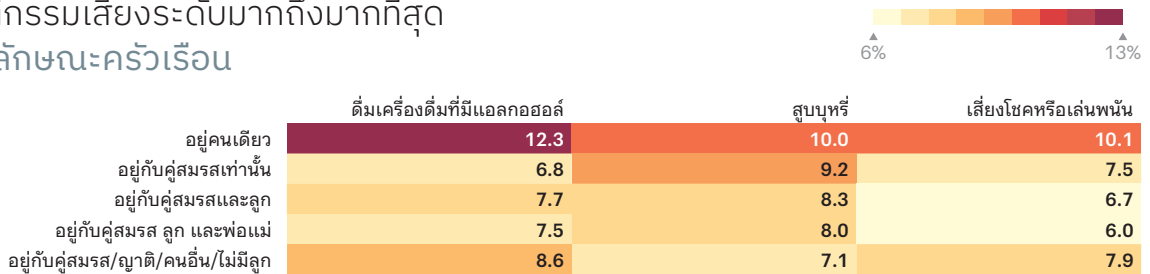
ที่มา : ระบบสารสนเทศด้านการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน พ.ศ. 2564, กรมควบคุมมลพิษ



นอกเหนือจากระบบการจัดการขยะส่วนกลาง ซาเล้งและร้านรับซื้อของเก่า เป็นกลไกสำคัญหนึ่งในประเทศไทย ในการนำเศษพลาสติกและบรรจุภัณฑ์ประเภทต่าง ๆ กลับมาใช้ประโยชน์ สมาคมซาเล้งและร้านรับซื้อของเก่าประมาณการจำนวนซาเล้งในกรุงเทพมหานครประมาณ 30,000 ราย และร้านรับซื้อของเก่าที่จดทะเบียนถูกต้องตามกฎหมายมากกว่า 600 ราย ซึ่งซาเล้งยังคงมีข้อจำกัดในการเข้าไปเก็บขยะในบางพื้นที่ เช่น หมู่บ้านและคอนโดมิเนียม หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพิจารณาการสนับสนุนเพื่อให้อาชีพนี้มีความปลอดภัย และมีศักยภาพในการช่วยลดผลกระทบของขยะมูลฝอยต่อสิ่งแวดล้อม

“ครอบครัวที่อยู่คนเดียวมีพฤติกรรมเสี่ยงในการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ และเสี่ยงโชคหรือเล่นพนัน สูงกว่าครอบครัวลักษณะอื่น”

สัดส่วนพฤติกรรมเสี่ยงระดับมากที่สุด
จำแนกตามลักษณะครัวเรือน



หมายเหตุ : ระดับพฤติกรรมเสี่ยง 3 ระดับ คือ 1. น้อยถึงน้อยที่สุด 2. ปานกลาง 3. มากถึงมากที่สุด
ที่มา : การสำรวจการสร้างเสริมครอบครัวอบอุ่นและมีสุขเพื่อคนทำงานองค์กร พ.ศ. 2563, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

“ครอบครัว” สถาบันเล็กที่สุด และเป็นฐานรากสำคัญของสังคม หากสมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน รู้จักบทบาทหน้าที่รับผิดชอบในหน้าที่ของตนเอง และพึ่งตนเองได้ จะส่งผลถึงความอยู่ดีมีสุขของครอบครัว

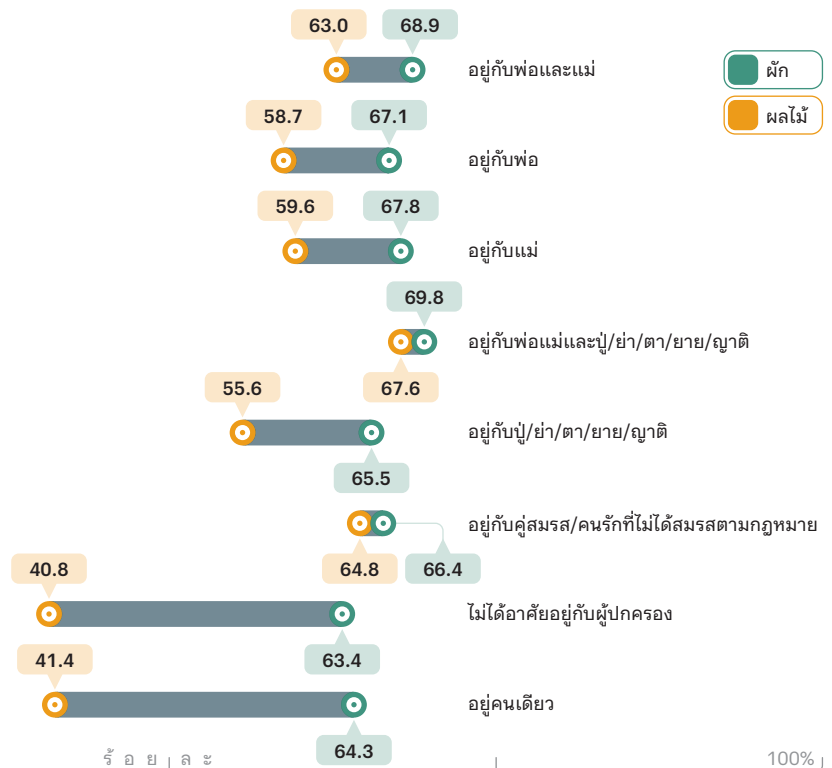
ลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ การสำรวจการสร้างเสริมครอบครัวอบอุ่นและมีสุขเพื่อคนทำงานองค์กรพบว่า ลักษณะครอบครัวที่อยู่คนเดียวมีพฤติกรรมเสี่ยงในการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ และเสี่ยงโชคหรือเล่นพนันเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าครอบครัวลักษณะอื่น ที่ร้อยละ 12.3 10.1 และร้อยละ 10.0

สำหรับพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้เป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญสำหรับเด็กและเยาวชน ลักษณะครอบครัวที่มีพ่อแม่

หรือผู้ปกครองอยู่ด้วยจะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคผักผลไม้ให้กับเด็กและเยาวชนได้ การสำรวจเยาวชนไทยปี 2565 พบว่าเด็กวัยรุ่นที่อยู่คนเดียวหรืออยู่โดยไม่มีผู้ปกครองอยู่ด้วยจะมีพฤติกรรมบริโภคผักและ

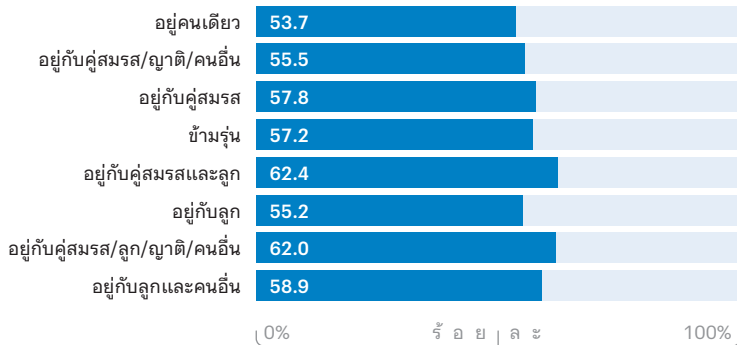
ผลไม้ต่ำกว่าเด็กวัยรุ่นที่มีพ่อแม่ผู้ปกครองอยู่ด้วย โดยเฉพาะในเรื่องของการบริโภคผลไม้เป็นประจำ ซึ่งจะเห็นถึงความแตกต่างอย่างชัดเจนสำหรับวัยรุ่นที่ไม่ได้อาศัยกับผู้ปกครองหรืออยู่คนเดียว

สัดส่วนการกินผักผลไม้เป็นประจำ
ของเด็กวัยรุ่น (อายุ 15–19 ปี)



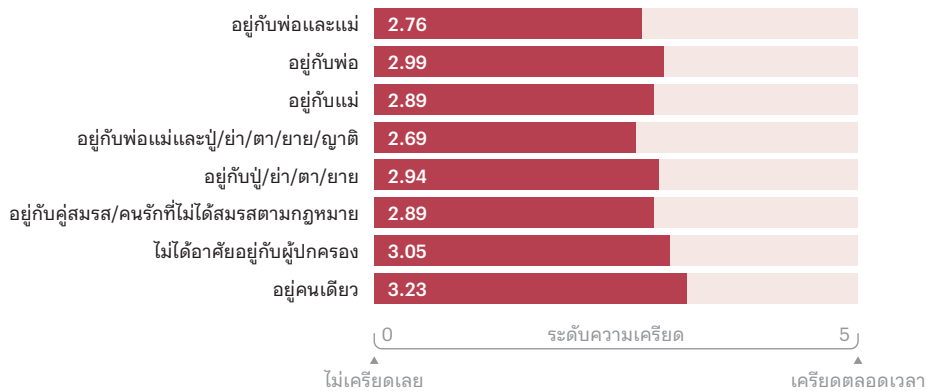
หมายเหตุ : ครอบครัวสามรุ่น หมายถึง เด็กอยู่กับพ่อแม่และปู่ย่าตายาย, ครอบครัวข้ามรุ่น หมายถึง เด็กอยู่กับปู่ย่าตายาย
ที่มา : การสำรวจเยาวชนไทย พ.ศ. 2565, ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคและครอบครัว

สัดส่วนคนไทยที่มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ จำแนกตามลักษณะครอบครัว



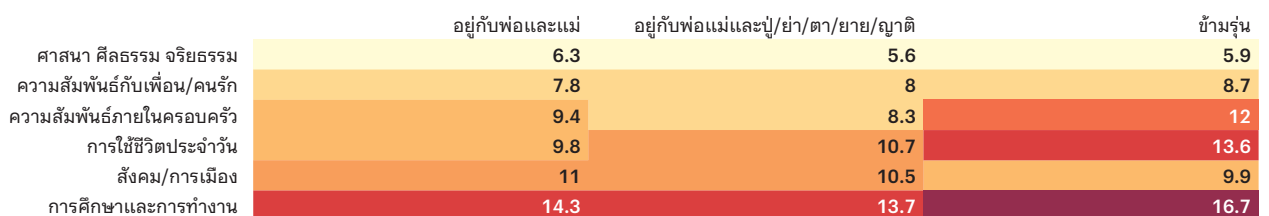
ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ระดับความเครียดเฉลี่ย ของเด็กและเยาวชน (อายุ 15–24 ปี)



ที่มา : การสำรวจเยาวชนไทย พ.ศ. 2565, ศูนย์ความรู้พื้นฐานเด็กและครอบครัว

สัดส่วนเยาวชนมีความคิดขัดแย้งกับคนในครอบครัว ค่อนข้างมากถึงมากที่สุด จำแนกตามประเด็น



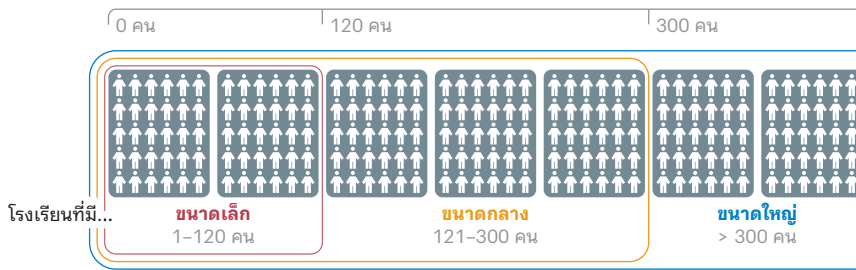
ที่มา : การสำรวจเยาวชนไทย พ.ศ. 2565, ศูนย์ความรู้พื้นฐานเด็กและครอบครัว

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ โดยลักษณะครอบครัวมีส่วนสำคัญกับการมีกิจกรรมทางกาย ซึ่งพบว่าในแต่ละลักษณะครอบครัวการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอค่อนข้างน่าเป็นกังวล เนื่องจากสัดส่วนการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอยังห่างไกลจากค่าเป้าหมายของประเทศ อย่างไรก็ตาม การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 พบว่า ลักษณะครอบครัวที่อยู่พร้อมหน้าพ่อแม่ลูก จะมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอสูงกว่าครอบครัวในลักษณะอื่นที่ร้อยละ 62.4 เปรียบเทียบกับผู้ที่อยู่คนเดียวที่ร้อยละ 53.7

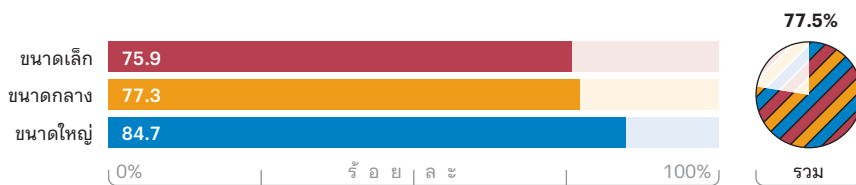
โครงสร้างของครอบครัวส่งผลต่อสุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัว เช่นเดียวกัน การสำรวจเยาวชนไทย ปี 2565 พบว่าเยาวชนที่อยู่ในครอบครัวข้ามรุ่น จะมีความขัดแย้งทางความคิดในประเด็นการศึกษาและการทำงาน การใช้ชีวิตประจำวัน ความสัมพันธ์ในครอบครัว และความสัมพันธ์กับเพื่อนหรือคนรัก มากกว่าเยาวชนที่อยู่กับพ่อแม่ หรืออยู่ในครอบครัวสามรุ่น เมื่อพิจารณาถึงระดับความเครียด พบว่าการอยู่ในครอบครัวที่มีพ่อแม่ผู้ปกครองอยู่ด้วย ระดับความเครียดของเยาวชนจะน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับเยาวชนที่อยู่คนเดียว หรือไม่ได้อยู่กับผู้ปกครอง

สภาพแวดล้อมโรงเรียน

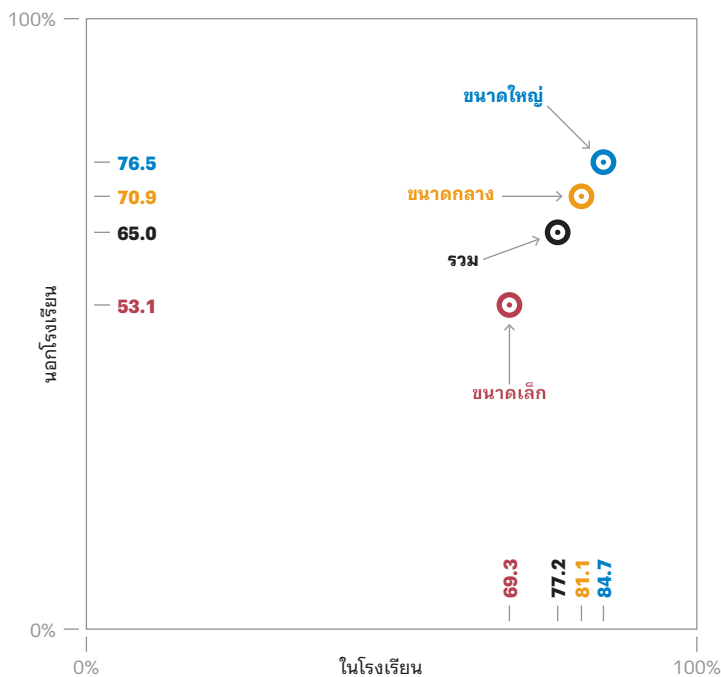
“ 1 ใน 4 ของโรงเรียนขนาดเล็ก
ขาดผู้จัดการอาหารกลางวัน
ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรโภชนาการพื้นฐาน ”



สัดส่วนโรงเรียนที่มีผู้รับผิดชอบจัดการอาหารกลางวันสำเร็จ การศึกษาหรือผ่านการอบรมหลักสูตรโภชนาการพื้นฐาน จำแนกตามขนาดโรงเรียน



สัดส่วนโรงเรียนที่มีสถานที่ที่มีการจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม ให้แก่นักเรียนในและรอบโรงเรียน จำแนกตามขนาดโรงเรียน



หมายเหตุ : รวม 1,144 โรงเรียน
 (ขนาดเล็ก 407 โรงเรียน ขนาดกลาง 639 โรงเรียน ขนาดใหญ่ 98 โรงเรียน)
 ที่มา : รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการการสำรวจสภาพแวดล้อม ทางด้านอาหารและการจัดการ
 อาหารในโรงเรียนและรอบรั้วโรงเรียน ก้าวโภชนาการของเด็กวัยเรียนและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
 ระยะที่ 1 พ.ศ. 2556-2557, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

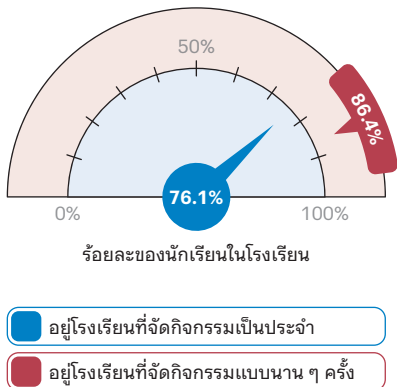
โรงเรียนเป็นสถานที่สำคัญที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเด็กวัยเรียน ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพในบริบทของโรงเรียน มี 6 ประเด็นหลัก ได้แก่ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ และโครงสร้าง นโยบายด้านสุขภาพ โครงการสุขภาพ ทรัพยากรสุขภาพ บรรยากาศในโรงเรียน และองค์ประกอบโรงเรียน

โรงเรียนขนาดเล็ก กลาง ใหญ่ มีประเด็นท้าทายในเรื่องการส่งเสริมการรับประทานอาหารที่แตกต่างกัน สำหรับโรงเรียนขนาดเล็กและกลาง ยังขาดแคลนบุคลากรที่ผ่านการอบรมหลักสูตรโภชนาการพื้นฐาน ในขณะที่โรงเรียนขนาดใหญ่พบความท้าทายในการจัดการสภาพแวดล้อมทางอาหารภายในและรอบโรงเรียน เนื่องจากโรงเรียนขนาดใหญ่มีอาหารและเครื่องดื่มพร้อมจำหน่ายทั้งในและนอกโรงเรียนมากกว่า ที่ร้อยละ 85 และ 77 ตามลำดับ

ความปลอดภัยในการเดินทาง ไปโรงเรียน

การเดินทางไปกลับโรงเรียน มีความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ในพื้นที่ที่ไม่มีระบบขนส่งสาธารณะที่ทั่วถึง ผู้ปกครองหลายคนจำเป็นต้องให้ลูกขี่มอเตอร์ไซด์ไปโรงเรียน ทั้งที่เสี่ยงต่ออุบัติเหตุ หรือการเดินทางด้วยรถรับส่งนักเรียน ที่แม้มีประกาศจากกรมการขนส่งทางบกในปี 2559 ว่าด้วยเกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัยของรถรับส่งนักเรียน แต่จากการสำรวจข้อมูลอย่างไม่เป็นทางการของศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนนพบว่า ในทางปฏิบัติอย่างน้อยร้อยละ 80 ของรถรับส่งนักเรียน ไม่ได้มีมาตรฐานตามเกณฑ์ และไม่ได้ขออนุญาตเป็นรถรับส่งนักเรียนจากกรมการขนส่งทางบก

สัดส่วนนักเรียนที่อยากทดลองสูบบุหรี่ จำแนกตามการจัดกิจกรรมรณรงค์ ไม่สูบบุหรี่ของโรงเรียน



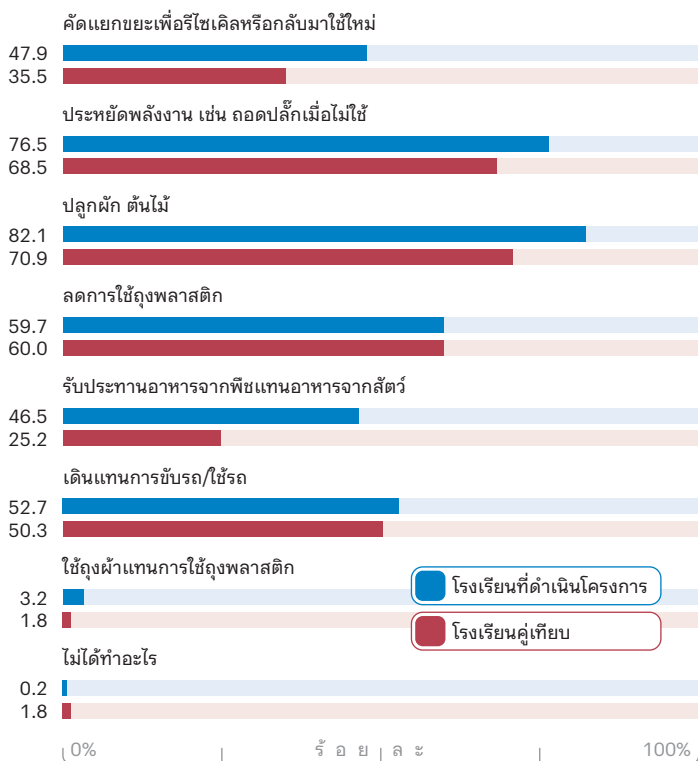
หมายเหตุ : สํารวจนักเรียนทุกภูมิภาคของไทย
จํานวน 3,156 คน โดยมีร้อยละ 72.4 เรียนอยู่ใน
โรงเรียนที่จัดกิจกรรมต่อต้านบุหรืเป็นประจำ และอีก
ร้อยละ 27.6 เรียนอยู่ในโรงเรียนที่จัดกิจกรรมต่อต้าน
บุหรืนาน ๆ ครั้ง
ที่มา : Phetphum, et al., 2022

การดำเนินนโยบายของโรงเรียน เป็นปัจจัยสำคัญที่อาจเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางสุขภาพของนักเรียน ในด้านการสูบบุหรี่ พบว่าโรงเรียนที่จัดกิจกรรมรณรงค์ไม่สูบบุหรี่เป็นประจำ มีสัดส่วนนักเรียนที่อยากทดลองสูบบุหรี่ต่ำกว่า ที่ร้อยละ 13.6 เปรียบเทียบกับโรงเรียนที่จัดกิจกรรมแบบนาน ๆ ครั้ง ที่ร้อยละ 23.9

โรงเรียนที่ให้ความสำคัญกับการมีกิจกรรมทางกายของนักเรียน เช่น โครงการโรงเรียนฉลาดเล่น ที่ส่งเสริมให้เด็ก ๆ ได้มีโอกาสเคลื่อนไหวร่างกายตลอดทั้งวัน สามารถเพิ่มสัดส่วนนักเรียนที่มีกิจกรรมทางกายได้เพียงพอ โดยนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนฉลาดเล่น มีสัดส่วนนักเรียนที่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอที่ร้อยละ 16 (ซึ่งยังถือว่าต่ำ) เปรียบเทียบกับร้อยละ 0.6 (ต่ำมาก) ในโรงเรียนทั่วไป

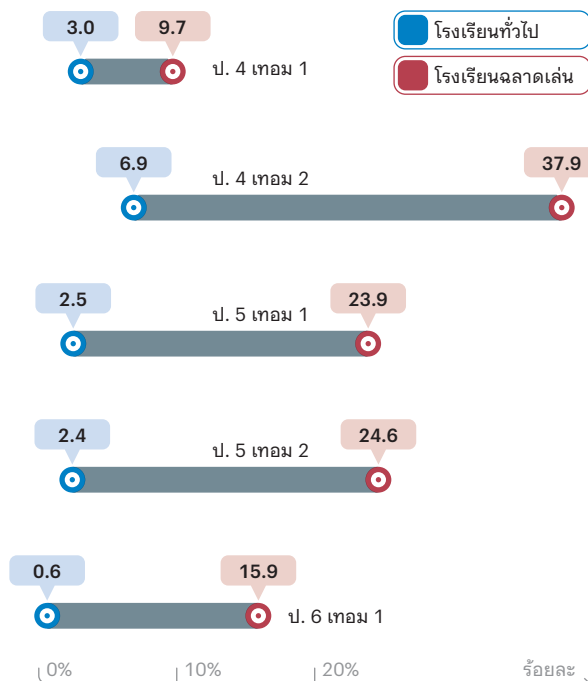
การดำเนินงานโครงการเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมของโรงเรียน มีความเกี่ยวข้องกับแนวทางการลดภาวะโลกร้อนของนักเรียน เช่น การคัดแยกขยะ การประหยัดพลังงาน การปลูกผักหรือต้นไม้ หรือการรับประทานอาหารที่มาจากพืช อย่างไรก็ตาม บางพฤติกรรม เช่น การลดใช้ถุงพลาสติก และการลดการขับรถ/ใช้รถ ไม่มีความแตกต่างกันมากไม่ว่าโรงเรียนจะดำเนินโครงการหรือไม่ เนื่องจากมีปัจจัยอื่นที่สำคัญเกี่ยวข้องร่วมด้วย

สัดส่วนแนวทางการลดภาวะโลกร้อนของนักเรียน จำแนกตามการดำเนินโครงการของโรงเรียน



หมายเหตุ : ผลการรายงานของนักเรียนหลังการดำเนินโครงการ 3Rs (Reduce, Re-use, Recycle) ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 ในโรงเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรม (359 คน) เปรียบเทียบกับโรงเรียนคู่เทียบที่ไม่ได้ดำเนินกิจกรรม (331 คน) นักเรียนสามารถเลือกแนวทางได้มากกว่า 1 ข้อ
ที่มา : Banchonhattakit, Inmuong, Duangsong, Phimha, Prachaiboon, and Padchasuwan, 2022

สัดส่วนนักเรียนที่มีกิจกรรมทางกาย เพียงพอ (60 นาทีต่อวัน) จำแนกตาม สถานะการเข้าร่วมกิจกรรมโครงการ



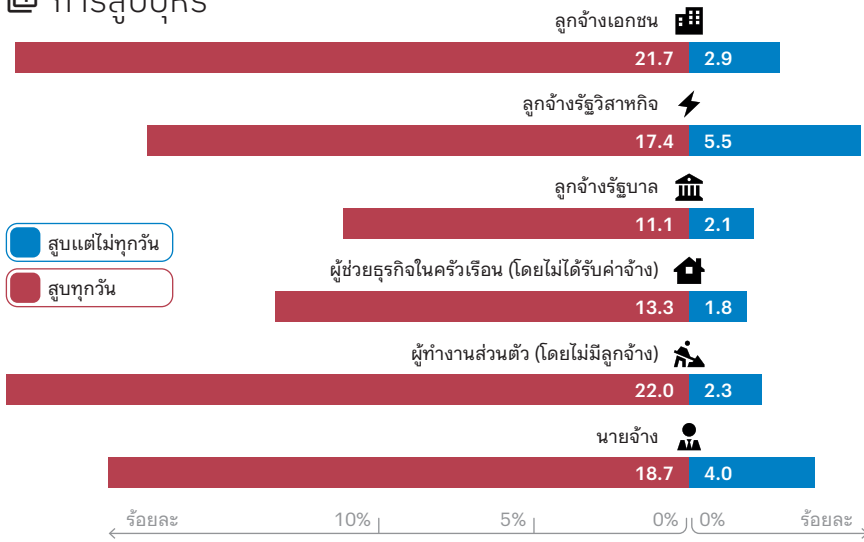
ที่มา : โครงการโรงเรียนฉลาดเล่น พ.ศ. 2562, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

สภาพแวดล้อมที่ทำงาน

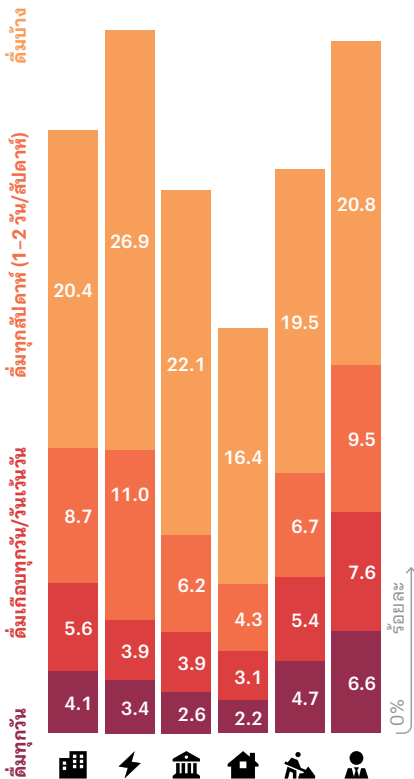
“ คนทำงานการผลิตและการบริการ
 สุขุขุหรือมากกว่ากลุ่มอื่น ขณะที่คนทำงานบริหาร
 ดื่มแอลกอฮอล์และมีภาวะอ้วนมากที่สุด ”

4 พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ กับสถานภาพการทำงาน

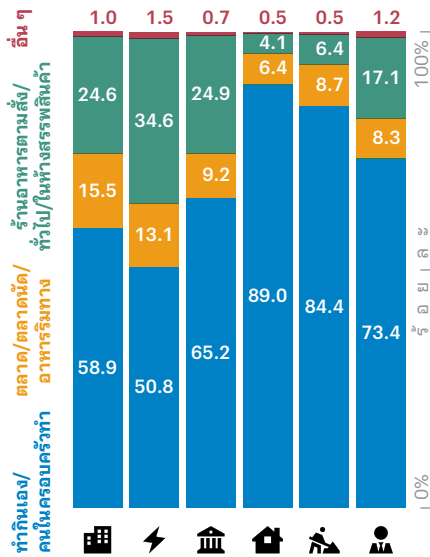
1 การสูบบุหรี่



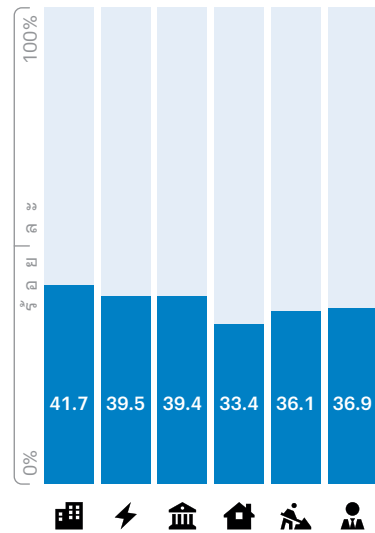
2 การบริโภคแอลกอฮอล์



3 การบริโภคอาหาร : แหล่งของอาหารหลักที่กินบ่อยที่สุด



4 ผู้มีกิจกรรมทางกาย ไม่เพียงพอ



โดยเฉลี่ย คนวัยทำงานใช้เวลาถึง 1 ใน 3 ของแต่ละวันไปกับการทำงาน ลักษณะงาน และสภาพแวดล้อมในการทำงาน รวมถึงนโยบายของสถานประกอบการหรือที่ทำงานในการดูแลสร้างเสริมสุขภาพคนทำงาน จึงเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพคนวัยทำงานที่ต้องให้ความสำคัญ

พฤติกรรมเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของประชากรวัยแรงงานไทย มีความแตกต่างกันตามสถานภาพการทำงาน ในเรื่องบุหรี่ ลูกจ้างเอกชน และผู้ทำงานส่วนตัว เป็นกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังและเน้นในการสนับสนุนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากที่สุดเนื่องจากพบว่า กว่า 1 ใน 5 มีการสูบบุหรี่ทุกวัน สำหรับการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พบว่ามีผู้ที่ดื่มอย่างน้อยทุกสัปดาห์ คิดเป็นสัดส่วนสูงที่สุดในกลุ่มนายจ้าง ลูกจ้างเอกชน และลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ

เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการมีกิจกรรมทางกาย กลุ่มลูกจ้าง ทั้งในภาคเอกชน ภาครัฐและรัฐวิสาหกิจ มีสัดส่วนที่กินอาหารนอกบ้านเป็นหลักมากกว่าคนทำงานกลุ่มอื่น โดยส่วนใหญ่เป็นการเลือกซื้อหรือบริโภคอาหารตามตลาดและร้านอาหารต่าง ๆ

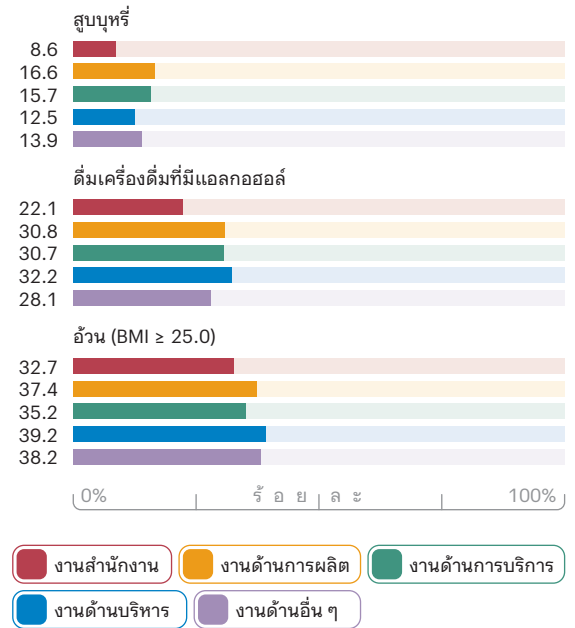
หมายเหตุ : ครอบคลุมเฉพาะผู้ปฏิบัติงาน
 ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ขณะเดียวกัน ก็เป็นกลุ่มคนทำงานที่มีสัดส่วนของผู้ที่มีกิจกรรมทางกายโดยเฉลี่ยในแต่ละวันที่ไม่เพียงพอสูงกว่ากลุ่มอื่น ดังนั้นองค์กรหรือสถานประกอบการที่ทำงานของลูกจ้างจึงควรมีบทบาทในการสนับสนุนและส่งเสริมสภาพแวดล้อมด้านอาหารในที่ทำงานหรือบริเวณโดยรอบที่ทำงานที่เอื้อต่อการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพของคนทำงาน รวมถึง มีนโยบายหรือมาตรการเพื่อสนับสนุนให้ลูกจ้างหรือคนทำงานได้มีการเคลื่อนไหว มีกิจกรรมทางกายในระหว่างการทำงานและการออกกำลังกายอย่างเพียงพอเพิ่มขึ้น

จากการสำรวจด้วยแบบประเมินความสุขคนทำงาน (ในองค์กร) ปี 2564 พบว่ากว่า 1 ใน 3 ของคนทำงานในองค์กรหรือสถานประกอบการที่ร่วมสำรวจ มีภาวะอ้วน โดยมีสัดส่วนมากที่สุดในกลุ่มงานด้านบริหาร การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีสัดส่วนมากที่สุดในกลุ่มงานด้านบริหารเช่นกัน ตามมาด้วยกลุ่มงานด้านการผลิตและการบริการ ตามลำดับ ซึ่งสองกลุ่มหลังนี้มีสัดส่วนของคนทำงานที่สูบบุหรี่มากกว่าลักษณะงานอื่น

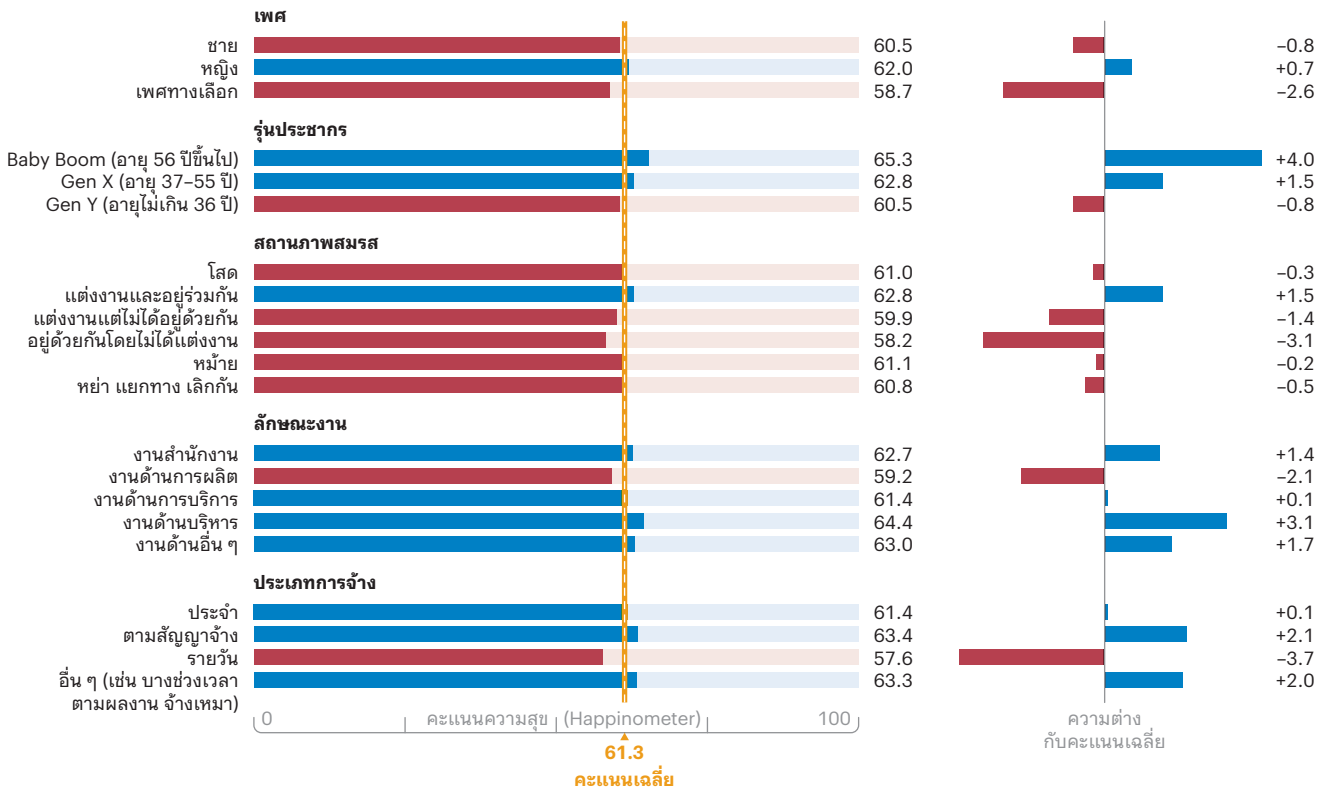
ในมิติความสุขของคนทำงาน กลุ่มที่มีระดับความสุขต่ำกว่ากลุ่มอื่น ได้แก่ คนทำงานเพศทางเลือก คนทำงานเจนเนอเรชั่นวาย คนทำงานที่มีสถานภาพสมรสแต่งงานแต่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน หรืออยู่ด้วยกันโดยไม่ได้แต่งงาน คนทำงานด้านการผลิต และกลุ่มที่มีประเภทการจ้างเป็นลูกจ้างรายวันที่มีความมั่นคงในการทำงานค่อนข้างต่ำ

ร้อยละคนทำงานที่ “สูบบุหรี่” “ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์” “อ้วน” จำแนกตามลักษณะงาน



หมายเหตุ : กลุ่มตัวอย่างคนทำงานรวม 20,980 คน; “สูบบุหรี่” – สูบแน่นอนๆครั้ง สูบบ่อยครั้งและสูบเป็นประจำ; “ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์” – ดื่มเกือบทุกเดือน เกือบทุกสัปดาห์หรือเกือบทุกวัน
ที่มา : รายงานการสำรวจคุณภาพชีวิต ความสุข ความผูกพันองค์กรของคนทำงาน (ในองค์กร) ระดับประเทศ พ.ศ. 2564, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ สสส.

คะแนนความสุขคนทำงาน (ในองค์กร) ปี 2564 จำแนกตามลักษณะของคนทำงานและปัจจัยการทำงาน

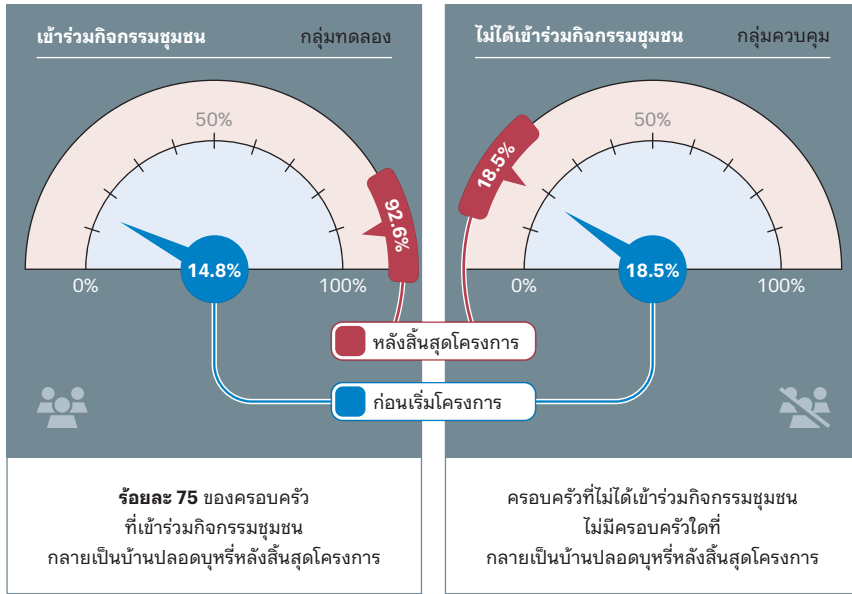


ที่มา : รายงานการสำรวจคุณภาพชีวิต ความสุข ความผูกพันองค์กรของคนทำงาน (ในองค์กร) ระดับประเทศ พ.ศ. 2564, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ สสส.

สภาพแวดล้อมชุมชน

“ชุมชนควรรณรงค์ให้งานเทศกาลประเพณี คอนเสิร์ต งานเลี้ยงในที่สาธารณะต่าง ๆ ปลอดภัย ภาคตะวันออกเฉยเหนือและภาคเหนือพบนักดื่มร้อยละ 70.5 และ 69.6 เคยดื่มในงานเหล่านี้ใน 12 เดือนที่ผ่านมา สูงกว่าภาพรวมประเทศที่ร้อยละ 59.8”

สัดส่วนครอบครัวที่มีการตั้งกฎห้ามสูบบุหรี่ในตัวบ้าน จำแนกตามการเข้าร่วมโครงการการมีส่วนร่วมของชุมชน



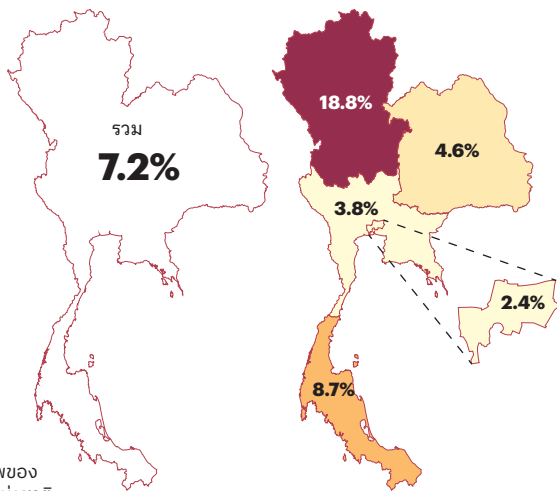
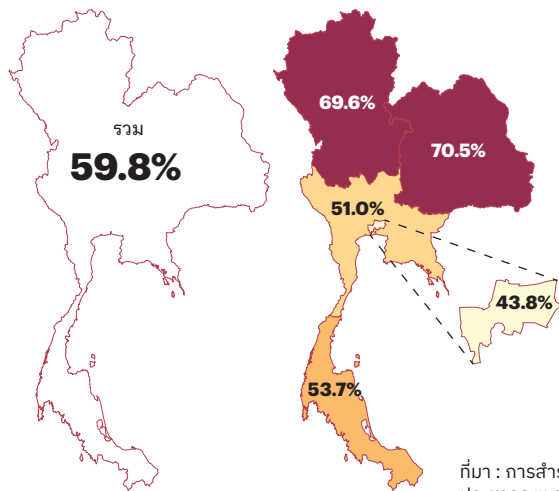
หมายเหตุ : เป็นการวิจัยเชิงทดลองในครอบครัวที่มีผู้สูบบุหรี่ในตัวบ้าน 54 ครอบครัวในอำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี โดยครอบครัวถูกสุ่มแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 27 ครอบครัว กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนเกี่ยวกับบ้านปลอดบุหรี่ 5 ครั้ง ในระยะเวลา 6 เดือน กลุ่มควบคุมได้รับบริการตามปกติ ผลเป็นการเปรียบเทียบการตั้งกฎห้ามสูบบุหรี่ในตัวบ้านก่อนเริ่มโครงการ และภายหลังสิ้นสุดโครงการ ที่มา : Suteerangkul et al., 2021

ชุมชนมีศักยภาพอย่างมากในการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีของประชาชนในพื้นที่ ผ่านการสร้างสภาพแวดล้อมทางกายภาพ สังคม และวัฒนธรรมที่เอื้อต่อวิถีชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ

ชุมชนสามารถขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสุขภาพของคนในชุมชนได้ การได้รับความรู้หรือมือสองจากการสูบบุหรี่ในตัวบ้านเป็นประเด็นเสี่ยงสุขภาพที่ชุมชนมีศักยภาพในการช่วยจัดการได้ การวิจัยเชิงทดลองพบว่า ครอบครัวที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น การได้รับความรู้จากการรณรงค์ในชุมชน การรับการเยี่ยมบ้านเพื่อให้กำลังใจและคำแนะนำ สามารถเพิ่มสัดส่วนครอบครัวที่มีการตั้งกฎห้ามสูบบุหรี่ในตัวบ้านได้จากร้อยละ 14.8 เป็นร้อยละ 92.6 ในระยะเวลา 6 เดือน โดยร้อยละ 75 ของครอบครัวกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมได้กลายเป็นบ้านปลอดบุหรี่ได้จริง

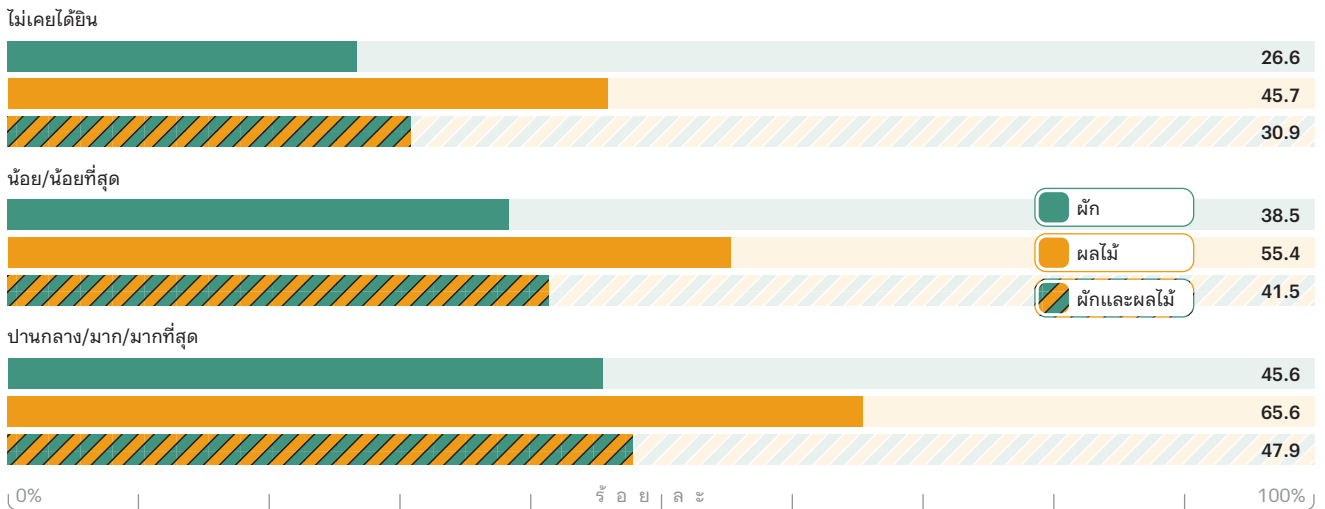
สัดส่วนผู้ดื่มที่บริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ที่สถานที่จัดงานเทศกาลประเพณี คอนเสิร์ต งานเลี้ยงในที่สาธารณะ ในระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว

สัดส่วนผู้ดื่มที่เคยดื่มสุราเถื่อน เหล้าดำ เหล้าชุมชนที่ไม่เสียภาษี



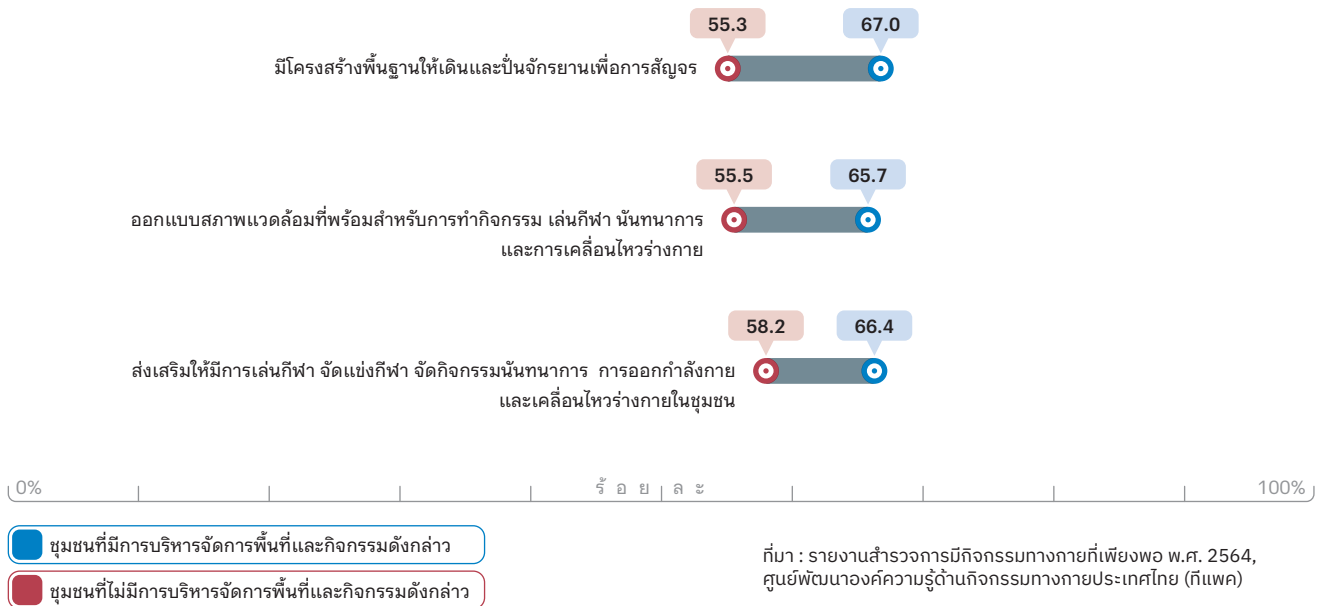
ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างอายุ 15 ปีขึ้นไปจำแนกตามการกินผัก ผลไม้ ผักและผลไม้เพียงพอ และการรับรู้รณรงค์จากชุมชนของตนเอง



ที่มา : โครงการการศึกษาสถานการณ์การบริโภคผักและผลไม้ของคนไทย (ระดับประเทศ) พ.ศ. 2565, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

สัดส่วนการมีกิจกรรมทางกายเพียงพอ จำแนกตามการบริหารจัดการพื้นที่และกิจกรรมของชุมชน



ที่มา : รายงานสำรวจการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ พ.ศ. 2564, ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (ทีแพค)

ในด้านพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ นอกเหนือจากการรณรงค์งานเทศกาลปลอดเหล้าในชุมชนแล้ว ยังมีประเด็นของการดื่มสุราเถื่อน เหล้าต้ม เหล้าชุมชนที่ไม่เสียภาษี ภาคเหนือ มีการดื่มเครื่องดื่มเหล่านี้สูงที่สุดในทุกภูมิภาคที่ร้อยละ 18.8 เปรียบเทียบกับภาพรวมประเทศที่ร้อยละ 7.2

ในด้านการบริโภคอาหาร พบความสัมพันธ์ระหว่างการบริโภคผักและผลไม้เพียงพอ และการรับรู้การรณรงค์เรื่องบริโภคผักและผลไม้จากชุมชนของตนเอง ยังมีระดับการรับรู้การรณรงค์มากเท่าใด ยังมีสัดส่วนการบริโภคผักและผลไม้เพียงพอเพิ่มสูงขึ้นเท่านั้น

สุดท้าย การบริหารจัดการพื้นที่และกิจกรรมของชุมชน เป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการมีกิจกรรมทางกาย การมีโครงสร้างพื้นฐานให้เดินหรือปั่นจักรยาน การออกแบบสภาพแวดล้อมสำหรับการทำกิจกรรมทางกาย การส่งเสริมให้มีการเล่นกีฬา จัดแข่งกีฬา หรือกิจกรรมทางกาย ส่งผลให้ประชาชนในชุมชนเหล่านั้น มีระดับกิจกรรมทางกายที่เพียงพอสูงกว่าชุมชนที่ไม่ได้มีการสร้างเสริมสภาพแวดล้อมให้เหมาะกับการมีกิจกรรมทางกาย

สภาพแวดล้อมทางนโยบาย

“ประเทศไทยให้ความสำคัญในด้านการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสุขภาพมาอย่างต่อเนื่อง โดยมีความเป็นรูปธรรมชัดเจนเมื่อพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ประกาศใช้ โดยกำหนดให้มีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ หรือสมัชชาเฉพาะพื้นที่ หรือ สมัชชาเฉพาะประเด็น เพื่อให้ทุกภาคส่วนได้เสนอประเด็นนโยบาย และมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายอย่างแท้จริง”

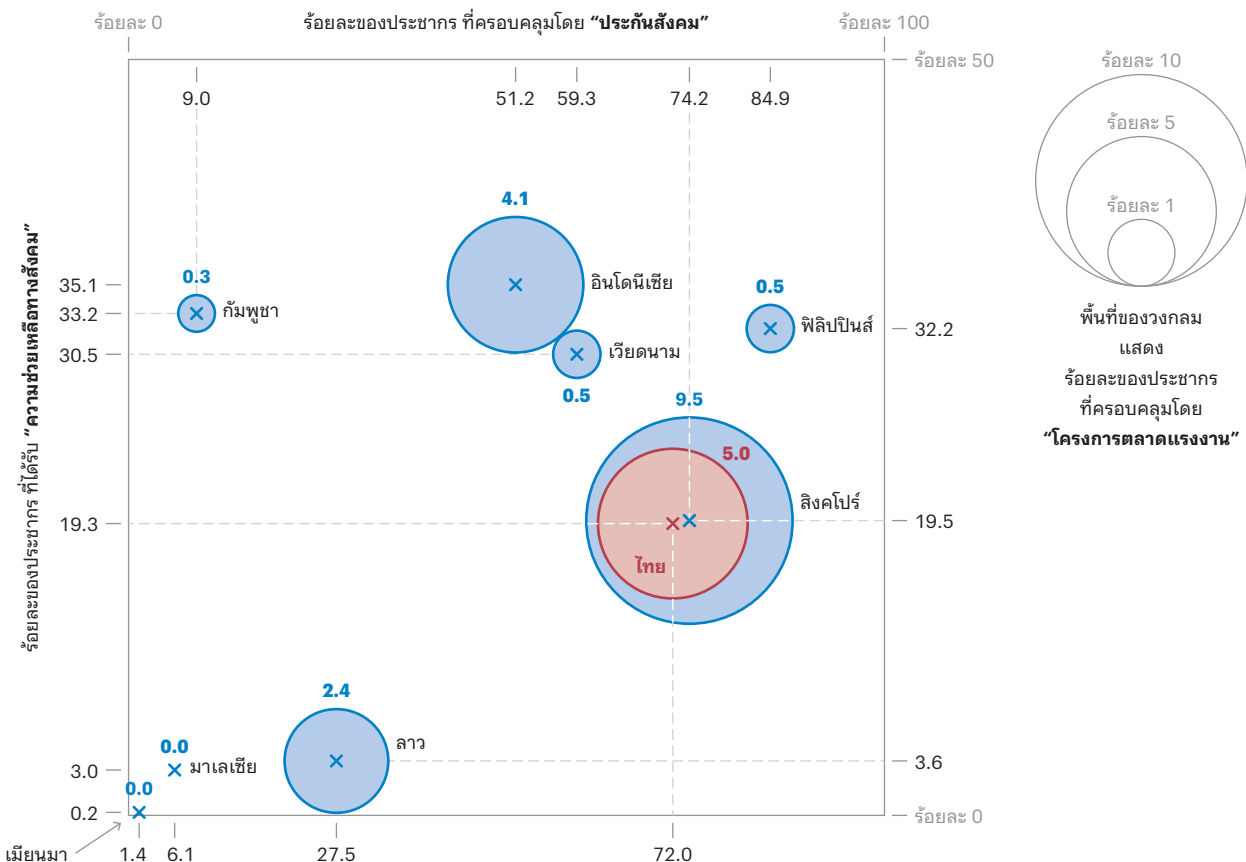
ปัญหาความเหลื่อมล้ำในประเทศไทยมีหลายมิติ โดยเฉพาะความเหลื่อมล้ำด้านรายได้ ด้านการศึกษาและโอกาสในการเข้าถึงสวัสดิการหรือบริการต่าง ๆ ซึ่งประเทศไทยได้ดำเนินนโยบายเพื่อลดความเหลื่อมล้ำต่าง ๆ มาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDG) ในปี 2573

คณะกรรมการวิจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ปี 2005-2008 แต่งตั้งโดยองค์การอนามัยโลก ได้กำหนดทิศทางสำหรับนโยบายในการจัดการปัจจัยสังคมที่ส่งผลต่อความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพ โดยให้ความสำคัญกับ 3 ประเด็นหลัก ได้แก่

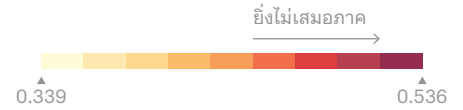
1. การจัดการปัญหาปัจจัยกำหนดสุขภาพ โดยเฉพาะในระดับโครงสร้าง ที่ส่งผลต่อสภาพความเป็นอยู่ สุขอนามัย ที่อยู่อาศัย การศึกษา บริการสุขภาพ และสภาพแวดล้อมการทำงาน ที่เป็นปัจจัยกำหนดวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพในระดับบุคคล
2. การร่วมมือระหว่างหลายภาคส่วน
3. การสร้างการมีส่วนร่วมและเสริมสร้างพลังทางสังคม

ในด้านรายได้ ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าค่าสัมประสิทธิ์ความไม่เสมอภาคของรายได้ (Gini coefficient) มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องในทุกภูมิภาค นอกจากนี้ การจัดสวัสดิการสังคมให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการช่วยเหลือก็อยู่ได้อย่างทั่วถึง เป็นการลดความเหลื่อมล้ำที่เป็นรูปธรรม

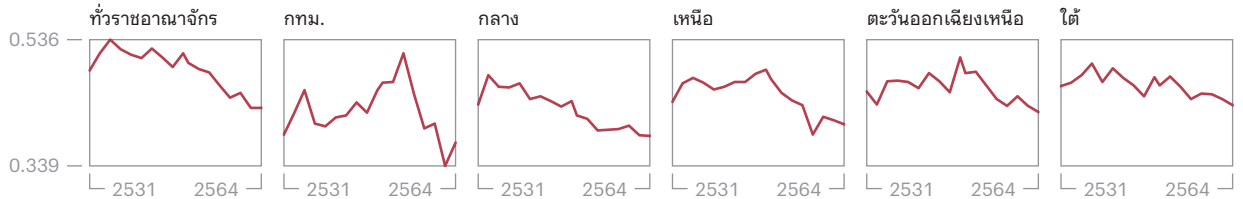
ความครอบคลุมของประกันสังคม จำแนกตามประเภท และประเทศในอาเซียน ปี 2558



สัมประสิทธิ์ความไม่เสมอภาค (Gini Coefficient) ของรายได้ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2531–2564



	2531	2533	2535	2537	2539	2541	2543	2545	2547	2549	2550	2552	2554	2556	2558	2560	2562	2564
ทั่วราชอาณาจักร	0.487	0.515	0.536	0.520	0.513	0.507	0.522	0.508	0.493	0.514	0.499	0.490	0.484	0.465	0.445	0.453	0.429	0.430
กรุงเทพมหานคร	0.388	0.420	0.457	0.405	0.401	0.415	0.417	0.438	0.422	0.457	0.468	0.470	0.514	0.452	0.398	0.405	0.339	0.375
กลาง	0.435	0.480	0.462	0.461	0.468	0.443	0.448	0.440	0.432	0.440	0.418	0.412	0.395	0.396	0.397	0.402	0.387	0.386
เหนือ	0.439	0.468	0.476	0.468	0.458	0.462	0.470	0.470	0.482	0.488	0.474	0.452	0.441	0.433	0.388	0.415	0.411	0.404
ตะวันออกเฉียงเหนือ	0.454	0.434	0.471	0.472	0.470	0.460	0.484	0.471	0.454	0.508	0.483	0.486	0.464	0.443	0.432	0.448	0.432	0.423
ใต้	0.463	0.469	0.481	0.498	0.470	0.491	0.476	0.464	0.447	0.477	0.464	0.478	0.462	0.443	0.452	0.450	0.444	0.434



ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ในด้านการศึกษา อัตราการได้เรียนต่ออยู่ในระดับสูงในทุกระดับ โดยเฉพาะระดับ ม.1 อัตราการเรียนต่อเกือบร้อยละ 100 และอัตราการเรียนต่อระดับ ม.4 ปวช. และระดับอุดมศึกษาอยู่ในระดับประมาณร้อยละ 90 นอกจากนี้ ความเสมอภาคทางเพศในการเข้าถึงการศึกษาของไทยมีแนวโน้มที่ดีขึ้นสำหรับระดับปฐมวัยและมัธยมศึกษาตอนต้น โดยดัชนีความเสมอภาคระหว่างเพศ (Gender Parity Index: GPI) ดีขึ้นตั้งแต่ปี 2559 เป็นต้นมา

ส่วนที่ประเทศไทยยังต้องพัฒนาคือการลดความเหลื่อมล้ำในเรื่องการถือครองทรัพย์สินที่ยังคงมีความเหลื่อมล้ำสูง ซึ่งจำเป็นต้องใช้มาตรการทางภาษี เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมมากขึ้น

ประเทศไทยให้ความสำคัญกับนโยบายที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยตัวกลาง (เช่น สภาพความเป็นอยู่ การเข้าถึงอาหาร พฤติกรรมทางสุขภาพ) มาอย่างต่อเนื่องยาวนาน เช่น การออกกฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบมาตั้งแต่ปี 2535 โดยพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 และ พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 และได้ออกพระราชบัญญัติ ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 โดยยกเลิกพระราชบัญญัติเดิม พระราชบัญญัติใหม่นี้ได้ขยายนิยามผลิตภัณฑ์ยาสูบให้ครอบคลุมมากขึ้นและมีมาตรการที่เข้มงวดมากขึ้น นอกจากนี้ประเทศไทยมีนโยบายเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ที่สำคัญได้แก่ พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่ม

ดัชนีความเสมอภาคทางเพศ จำแนกตามระดับการศึกษา

	2560	2561	2562	2563
ปฐมวัย	1.05	1.00	1.00	1.00
ประถมศึกษา	1.06	1.01	1.01	0.93
มัธยมต้น	1.17	0.94	0.94	0.97
มัธยมปลาย	0.99	0.83	0.82	0.83

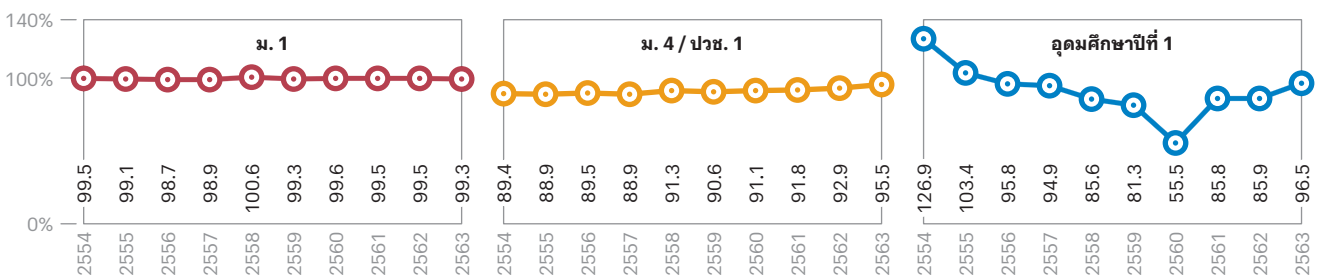


หมายเหตุ : ดัชนีความเสมอภาคทางเพศ คือ อัตราส่วนระหว่างอัตราการเข้าเรียนสุภริของนักเรียนชายกับนักเรียนหญิง
ที่มา : สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา

แอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 พระราชบัญญัติจรรยาบรรณทางบก (ฉบับที่ 13) พ.ศ. 2565 บังคับให้กรณีที่มีคนโดยสารรถยนต์เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี หรือสูงไม่เกิน 135 เซนติเมตร ต้องมีที่นั่งนิรภัยสำหรับเด็ก

การลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ จึงเป็นพันธกิจที่สำคัญของทุกภาคส่วน ที่จะร่วมมือกันทำให้เป็นจริง เพื่อไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลังอีกต่อไป

อัตราการเรียนต่อระดับมัธยมศึกษาและอุดมศึกษา ปีการศึกษา 2554–2563



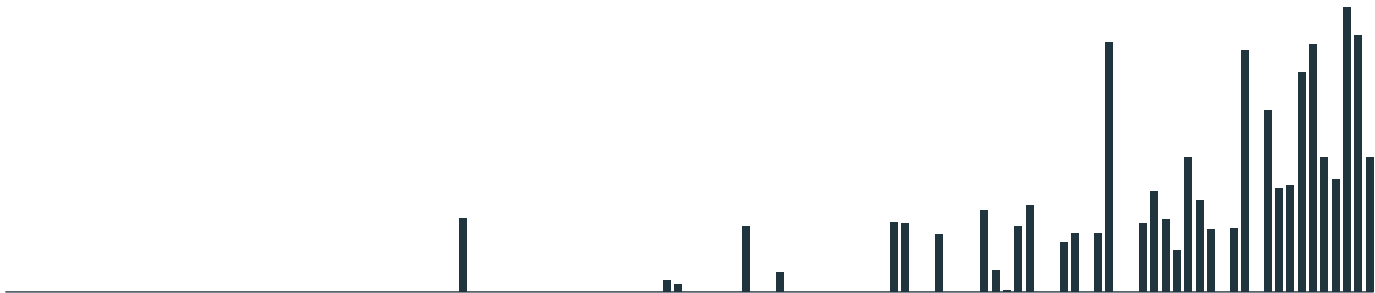
หมายเหตุ : อุดมศึกษาปีที่ 1 ไม่นับรวมนักศึกษามหาวิทยาลัยเปิดของมหาวิทยาลัยรามคำแหงและมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช
ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ

สำหรับการอ้างอิงบทความ

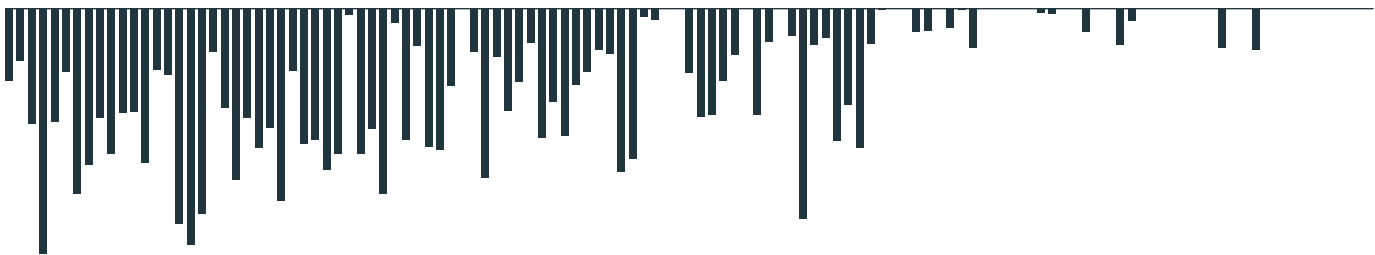
โครงการสุขภาพคนไทย. 2566. (ชื่อบทความ). *สุขภาพคนไทย 2566* (เลขหน้าของบทความ)
นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ตัวอย่าง

โครงการสุขภาพคนไทย. 2566. ปัญหาเสพติดในชุมชน จะควบคุมอย่างไร?
สุขภาพคนไทย 2566 (หน้า 34-38) นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.



10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ



ปัญหายาเสพติดในชุมชน จะควบคุมอย่างไร?

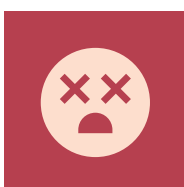
จากข้อมูลการเข้ารับการรักษาพยาบาลในยาเสพติดในปี 2564 พบว่า ยาบ้าเป็นยาเสพติดที่แพร่ระบาดมากที่สุด ถึงร้อยละ 75 รองลงมาคือ ไอซ์ ร้อยละ 8.6 กัญชาแห้ง ร้อยละ 4.7 และเฮโรอีนร้อยละ 3.9 ตามลำดับ โดยมีประชากรอายุ 18-24 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน มีสัดส่วนเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติดมากที่สุด



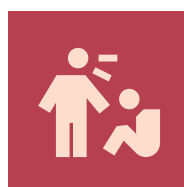
ที่มา : thainews.prd.go.th/th/news/print_news/TCATG230221163820214

บทนำ

ข่าวเรื่องหญิงสาวเมายาเสพติด เกิดอาการหลอน ผสมกับอาการเมาสุรา ใช้มีดฟันศีรษะพ่อของตัวเองจนเสียชีวิตภายในบ้าน เมื่อเดือนเมษายน 2565¹ เป็นอีกตัวอย่างหนึ่งของความรุนแรงอันเชื่อมโยงกับปัญหายาเสพติด ซึ่งเกิดขึ้นรายวันในประเทศไทย ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต พบว่า จากสถิติผู้ป่วยที่มาใช้บริการด้านจิตเวชในปี 2564 มีผู้ป่วยจิตเวชที่ติดยาบ้า 155,631 คน และติดสารเสพติดอื่น ๆ 204,984 คน โดยผู้ป่วยจิตเวชจากการเสพยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการรักษาในแต่ละปี จำนวนราวครึ่งหนึ่งเป็นผู้ที่ก่อความรุนแรงด้วย² ซึ่งเป็นตัวเลขที่น่าตกใจอย่างยิ่ง ปัจจุบัน ยาเสพติดได้แพร่ขยายเข้าสู่ชุมชนต่าง ๆ ทั่วประเทศ ก่อให้เกิดปัญหาความรุนแรงและผลกระทบมากมาย อาทิ



ปัญหาด้านสาธารณสุข ทำให้เสียสุขภาพ ผู้เสพร่างกายทรุดโทรม อ่อนแอ มีผลต่อระบบสมองและประสาท



ปัญหาด้านสังคม ทำให้สังคมเสื่อมโทรม เนื่องจากผู้เสพจำนวนมากไม่ยอมทำงาน ไม่เรียนหนังสือ และเกิดความขัดแย้งระหว่างกลุ่มผู้เสพยากับกลุ่มคนปกติ



ปัญหาด้านเศรษฐกิจ เป็นการสิ้นเปลืองงบประมาณของรัฐในการใช้จ่ายเพื่อรักษาผู้ป่วยที่ติดยาเสพติดตาม พ.ร.บ. พันฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ทั้งยังทำให้ขาดแรงงานที่มีประสิทธิภาพ



ปัญหาอาชญากรรม เนื่องจากยาเสพติดทำให้ขาดสติ เกิดปัญหาลักทรัพย์ หรืออาชญากรรมต่าง ๆ เช่น จี้จับตัวเนื่องมาจากเกิดการหลอน และการประทุษร้ายผู้อื่น

บทความนี้เป็นกรณีศึกษาปัญหาเสพติดในประเทศไทย โดยเฉพาะเยาวชนกับปัญหาเสพติดโดยเน้นที่ยาบ้าเป็นหลัก แนวทางการแก้ไขปัญหของรัฐรวมทั้งบทบาทของภาคประชาสังคมและชุมชนในการแก้ไขปัญหา

นานาประเทศกับปัญหายาเสพติด

สหประชาชาติ (United Nations) มองปัญหา ยาเสพติดว่าเป็นอุปสรรคในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม นอกเหนือจากปัญหาความอดอยาก โรคภัยไข้เจ็บ อาชญากรรม และสภาพแวดล้อมที่เสื่อมโทรม โดยสหประชาชาติได้ก่อตั้งหน่วยงานเฉพาะเพื่อดูแลปัญหา ยาเสพติดและอาชญากรรมข้ามชาติ ได้แก่ สำนักงานควบคุมยาเสพติดและป้องกันอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs and Crime หรือ UNODC) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมอุปทานและอุปสงค์ของยาเสพติด ตามข้อกำหนดของอนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยเรื่องการควบคุมยาเสพติด 3 อนุสัญญา และให้ความสำคัญต่อผลกระทบด้านสังคมและสุขภาพที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด รวมถึงการแพร่ระบาดของเอชไอวี/เอดส์จากการใช้ยาเสพติด ทั้งนี้ UNODC ได้ให้การช่วยเหลือหน่วยงานที่บังคับใช้กฎหมายของประเทศต่าง ๆ และสนับสนุนโครงการรักษาผู้ติดยาและการป้องกันการใช้ยาเสพติดโดยมีชุมชนเป็นฐาน รวมทั้งโครงการลดการพึ่งพาพืชเสพติด โดยให้การช่วยเหลือเพื่อให้มีความเป็นอยู่ที่ยั่งยืนและไม่ผิดกฎหมาย³

จากรายงานยาเสพติดโลกในปี 2017 ซึ่งจัดทำโดย UNODC ระบุว่า มีคนทั่วโลกประมาณ **35 ล้านคนต้องทุกข์ทรมานจากการใช้ยาเสพติดและจำเป็นต้องเข้ารับการรักษา** โดยประเมินว่า **ร้อยละ 5.5 ของประชากรโลกที่มีอายุระหว่าง 15–64 ปี ใช้ยาเสพติด** (ประมาณ 271 ล้านคน) ซึ่งเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 30 จากปี 2009 (ส่วนหนึ่งเพิ่มขึ้น เพราะจำนวนประชากรโลกที่มีอายุ 15–64 ปีเพิ่มขึ้นราวร้อยละ 10 ด้วย) โดยมีการใช้ยาเสพติดที่สกัดจากฝิ่นมากขึ้นในภูมิภาคแอฟริกา เอเชีย ยุโรป และอเมริกาเหนือ ส่วนการใช้กัญชาแพร่หลายมากขึ้นในอเมริกาเหนือ อเมริกาใต้ และเอเชีย⁴ สถิติดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ปัจจุบันปัญหา ยาเสพติดยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ขยายตัวเพิ่มขึ้น และเป็นประเด็นที่ทำนายของนานาประเทศในการป้องกันและปราบปรามปัญหาดังกล่าว

ประเทศไทยกับปัญหา ยาเสพติด : เยาวชนเป็นกลุ่มเสี่ยง

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) รายงานว่า ในปี 2564 มีคดียาเสพติดทั้งสิ้น 130,543 คดี ผู้ต้องหา 132,675 คน แม้จำนวนคดีจะลดลงจากปี 2563 แต่ของกลางยาเสพติดหลัก 3 ชนิด คือ ยาบ้า กัญชา และเฮโรอีน มีปริมาณเพิ่มขึ้น โดยยาเสพติดที่ตรวจยึดได้ส่วนหนึ่งจะเป็นการลำเลียงไปยังต่างประเทศ ทั้งในอาเซียน เอเชียตะวันออก และโอเชียเนีย ส่วนการแพร่ระบาดในประเทศนั้น ยาบ้า ไอซ์ เฮโรอีน และคีตา มีปัญหาการระบาดรุนแรงขึ้นตามลำดับ โดยประชากรกลุ่มเยาวชน มีสัดส่วนการเข้าไปเกี่ยวข้องมากที่สุด⁵ จากการประเมิน

ของ ป.ป.ส. ได้สรุปสถานการณ์ยาเสพติดในไทยไว้ว่า **การแก้ปัญหา ยาเสพติดทำได้จำกัด เนื่องจากไม่สามารถจัดการแหล่งผลิตยาเสพติดภายนอกประเทศ** อาทิ กลุ่มว่า มูเซอ ไทยใหญ่ โกลัง ซึ่งมีพื้นที่การผลิตอยู่ในประเทศเพื่อนบ้าน และมีความพยายามลักลอบนำยาเสพติดเข้ามาในไทยอย่างต่อเนื่อง ส่วนปัญหาการแพร่ระบาดในหมู่บ้านหรือชุมชนก็ไม่มีแนวโน้มที่จะลดลง ที่สำคัญปัญหาการแพร่ระบาดในกลุ่มเด็กและเยาวชนยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2561 กลุ่มประชากรที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดทั้งตกเป็นผู้ต้องหาและบำบัดรักษา ร้อยละ 39 เป็นเด็กและเยาวชนอายุไม่เกิน 24 ปี ทั้งนี้ **เยาวชนอายุ 20–24 ปี เป็นกลุ่มที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติดมากที่สุด**⁶

จากการศึกษาเรื่องปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติดของเยาวชน พบว่าปัญหาดังกล่าวเกิดจากองค์ประกอบหลาย ๆ มิติ อาทิ บริบทสภาพแวดล้อมทางสังคม โครงสร้างทางเศรษฐกิจ ค่านิยมความเชื่อทางสังคม อิทธิพลทางการเมือง โดยสถานการณ์ที่มีแนวโน้มก่อให้เกิดความเสี่ยง ได้แก่

สภาพทางครอบครัวที่พ่อแม่มักจะหย่าร้าง

อิทธิพลของกลุ่มเพื่อนที่ชักจูงจนเกิดความอยากรู้อยากลอง

ปัญหาพฤติกรรมลอกเลียนแบบจากกลุ่มเพื่อนหรือผู้ปกครอง

ความเสี่ยงที่เกิดจากสื่อที่มีการแสดงตัวอย่างจนทำให้เกิดความเข้าใจผิดในหมู่เยาวชน เช่น ความเท่ ความรวย ที่ได้จากการเสพยาและการจำหน่ายยาเสพติด

สภาพแวดล้อมในชุมชนและระดับการศึกษาที่ทำให้เยาวชนขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาเสพติด⁷

การติดยาเสพติดหรือการเข้าสู่วงจรยาเสพติดของกลุ่มเยาวชนไทย มาจากหลายสาเหตุ ดังนี้ สภาพสังคมที่เป็นสื่อชักนำให้ใช้ยาเสพติด การที่เยาวชนมีเวลาว่างและไม่มีสิ่งใดที่เพลิดเพลินและพอใจให้ทำ ทำให้เยาวชนไปมั่วสุมกันจนนำไปสู่การใช้ยาเสพติด นอกจากนี้ สภาพแวดล้อมที่มีความกดดันต่อจิตใจ จะเป็น

แรงกดดันให้เยาวชนหันไปใช้ยาเสพติดเป็นทางออก เช่น เยาวชนที่ไม่มีความสุขที่บ้าน พ่อแม่แตกแยกกัน พ่อหรือแม่เป็นผู้มีบุคลิกภาพหรืออุปนิสัยไม่ดี ติดสุรา หรือยาเสพติด เป็นต้น อีกทั้งสภาพสังคมที่ผู้คนต้องวุ่นวายอยู่กับการทำมาหากินและแก้ปัญหาเฉพาะหน้า เยาวชนก็ขาดการแนะนำชักจูงไปในทางที่ดี กิจกรรมในเชิงสร้างสรรค์มีน้อย นอกจากนี้ ความกดดันทางเศรษฐกิจและสังคม ก็เป็นปัญหาสำคัญ ชุมชนที่เศรษฐกิจไม่ดีมีความยากจนมาก มีผู้ที่ติดยาเสพติดมาก ผู้ที่อยู่ในบริเวณแออัด หรือบริเวณใกล้เคียง มักมีความลำบากในการดำรงชีพ และขาดความหวังในอนาคต อาจผลักดันให้หันไปใช้ยาเสพติดได้⁸

ปัจจุบัน การแพร่ระบาดของยาเสพติดทำได้ง่ายขึ้นโดยสื่อออนไลน์ ด้วยการใช้อีคอมเมิร์ซเป็นช่องทางการค้ายาเสพติดทั้งเสนอขายและสั่งซื้อ โดยเฉพาะในระดับขายส่งรายย่อยและขายปลีกให้ผู้เสพควบคู่กับการให้บริการรับส่งพัสดุภัณฑ์เป็นช่องทางลำเลียงยาเสพติดตรงถึงมือผู้เสพ และทำธุรกรรมทางการเงินผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต (E-Banking) พบว่าบางเครือข่ายมีการใช้สกุลเงินดิจิทัล เช่น bitcoin ในการค้าด้วย ทำให้การแพร่ระบาดของยาเสพติดผ่านช่องทางการค้าเหล่านี้เป็นไปอย่างรวดเร็ว ทำให้การสืบสวนปราบปรามทำได้ยากขึ้น⁹

เยาวชนกับปัญหาเสพติด

จากข้อมูลการเข้ารับการรักษาเสพติดในปี 2564 พบว่า “ยาบ้า” แพร่ระบาดมากที่สุด ร้อยละ 75 รองลงมาคือไอซ์ ร้อยละ 8.6 กัญชาแห้งร้อยละ 4.7 และเฮโรอีนร้อยละ 3.9 ตามลำดับ มีประชากรอายุ 18–24 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มวัยรุ่น เยาวชน เข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติดมากที่สุด¹⁰ โดยปัจจัยที่ทำให้เยาวชนเข้าถึงยาเสพติดได้ง่าย คือ **ยาเสพติดมีราคาที่ถูกลง** และ **กลุ่มผู้ค้ารายย่อยมีกลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มเยาวชนที่มีอายุไม่เกิน 17 ปี** (เนื่องจากหากเยาวชนถูกจับกุมจะต้องโทษในระดับที่ไม่มากเท่ากับผู้ใหญ่) โดย **เยาวชนส่วนใหญ่เป็นผู้เสพมากกว่าผู้ค้า แต่ในเวลาต่อมา อาจเติบโตจากการเป็นผู้เสพแล้วกลายเป็นผู้ค้า** โดยลักษณะของการค้ายาเสพติดในปัจจุบัน จะมีการติดต่อประสานงานกันไว้ล่วงหน้า และนัดจุดเพื่อวางยาเสพติดและให้ผู้ซื้อไปรับในจุดที่ผู้ค้าวางไว้ให้ โดยจะมีการทำธุรกรรมทางการเงินผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต หรือแอปพลิเคชันของโทรศัพท์มือถือ ซึ่งพื้นที่ในการวางมักจะเป็นพื้นที่ลับตาคน เช่น ใต้เสาไฟฟ้า และป้ายบอกทาง

จากงานวิจัยของ สมชาย ธัญธนกุล ในปี 2553 พบว่า สาเหตุที่เยาวชนเข้าหาหรือพึ่งพาการใช้ยาเสพติดประกอบด้วย 5 ประการ ได้แก่¹¹

- 1 ความอยากรู้อยากลอง อันมาจากช่วงวัยที่ต้องการอยากลองสิ่งแปลกใหม่ อยากรมีประสบการณ์ร่วมกับสิ่งต้องห้าม กล่าวคือ ยิ่งถูกห้ามมากเท่าไรก็ยิ่งอยากรลองมากเท่านั้น

- 2 การใส่ใจหรือให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์กับเพื่อน โดยช่วงวัยเยาวชนมักจะมีมโนคติอยากเอาใจเพื่อนหรือตามใจเพื่อนเพื่อให้ตนเองมีสังคม ดังนั้น หากเพื่อนชักชวนให้เสพยาจึงมีโอกาสเสี่ยงสูงในการเข้าไปทดลองโดยขาดความยั้งคิด ประกอบกับความต้องการได้รับการยกย่องและยอมรับจากกลุ่มเพื่อน

- 3 ถูกหลอกลวง หากเยาวชนอยู่ในพื้นที่เสี่ยง อาจได้รับสารเสพติดเข้าสู่ร่างกายโดยไม่รู้ตัว ทั้งนี้ ยาเสพติดเข้ามาอยู่ในรูปอาหารขบเคี้ยว เช่น ทอฟฟี่ ลูกกวาด หรือบุหรี่ยัดไส้

- 4 จากการสร้างความเชื่อผิด ๆ มักเชื่อกันว่าการใช้ยาเสพติดจะช่วยทำให้เกิดการพักผ่อนหรือมีความสุข ลืมความทุกข์ได้ชั่วคราว ทั้งนี้ มักเริ่มต้นจากการสูบบุหรี่ก่อน จากนั้นจึงขยับไปเป็นยาบ้า กัญชา มอร์ฟิน หรือเฮโรอีนในที่สุด

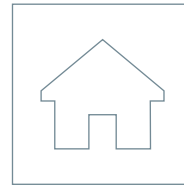
- 5 สิ่งแวดล้อมรอบตัวเยาวชนที่มีความเสี่ยง เช่น การอาศัยอยู่ในสถานที่แออัด แหล่งการค้ายาเสพติด ไปจนถึงภาวะทางเศรษฐกิจที่หันมาพึ่งพาเสพติดเพื่อให้หลุดพ้นจากความคับข้องใจ

การติดยาเสพติดในเยาวชนย่อมส่งผลกระทบต่อหลายด้าน ทั้งด้านสุขภาพและสติปัญญา ผลด้านร่างกายและจิตใจที่เยาวชนจะได้รับ คือ ส่งผลให้ทำลายระบบประสาทและสมอง สมรรถภาพทางด้านจิตใจเสื่อมลง เกิดอาการหลอนในกรณีที่เสพยาอย่างต่อเนื่องยาวนาน เกิดความหวาดระแวง ซึ่งส่งผลกระทบต่อด้านสังคมตามมา เช่น ผลกระทบด้านการเรียน ด้านความสัมพันธ์กับครอบครัว เป็นต้น นอกจากนี้ ยังเกิดผลด้านกฎหมายด้วย กล่าวคือ พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ได้กำหนดโทษให้ผู้เสพยาเสพติดประเภทที่ 1 มีโทษจำคุกตั้งแต่ 6 เดือน–3 ปี หรือปรับตั้งแต่ 10,000–60,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และหากกรณีที่มีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย โทษสูงสุดถึงประหารชีวิต¹²

การแก้ไขปัญหายาเสพติด

การแก้ไขปัญหายาเสพติดต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างภาครัฐ สังคมและชุมชน แต่ส่วนใหญ่ปฏิบัติการณ์ในการแก้ไขปัญหามักมุ่งไปที่การปราบปรามและการดำเนินคดีด้วยกฎหมาย การเข้าจับกุมดำเนินคดีนั้นมักเกิดจากการได้รับแจ้งเบาะแส นอกจากนี้ยังมีการบูรณาการระหว่างหน่วยงานฝ่ายปกครอง ทหาร ร่วมกับเจ้าหน้าที่ตำรวจ หน่วยงานภาคประชาสังคม มูลนิธิ และที่สำคัญอย่างยิ่งคือ เกษนนำชาวบ้านในชุมชน โดยมีการสร้างมาตรการป้องกันยาเสพติดที่มีลักษณะร่วมกันซึ่งปรากฏออกมาในรูปแบบของ **“แผนการปฏิบัติการป้องกันยาเสพติด”** ซึ่งในแต่ละจังหวัดก็จะมีชื่อเรียกแตกต่างกันออกไป ภายใต้ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด มาตรการดังกล่าวอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะการรับมือกับการขนย้ายยาเสพติดในรูปแบบที่ทันสมัยผ่านขนส่งพัสดุเอกชน โดยจะมีการใช้เครื่องสแกนพัสดุ (X-ray) มาใช้ในการตรวจสอบ

ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวนำไปสู่การจัดกรอบคิดว่าด้วยการแบ่งพื้นที่เสี่ยงของปัญหายาเสพติดโดยแยกออกตามสีและหมู่บ้าน ผ่านการบันทึกสถิติอัตราการการค้าและเสพของหน่วยงานปกครองท้องถิ่นจังหวัดและชุมชน ในการรวบรวมข้อมูลโดยแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ



หมู่บ้านสีขาว
คือปลอดภัยยาเสพติด



หมู่บ้านสีเขียว
คือปัญหายาเสพติดน้อย

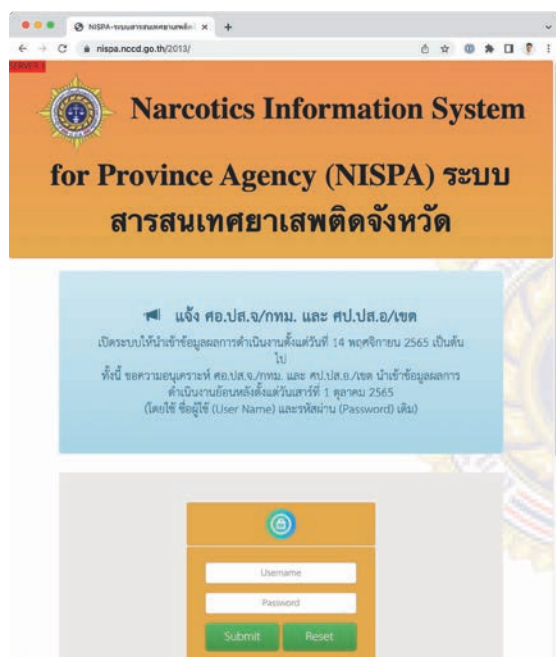


หมู่บ้านสีเหลือง
คือปัญหายาเสพติดปานกลาง และ



หมู่บ้านสีแดง
คือปัญหายาเสพติดมาก

เว็บไซต์ระบบสารสนเทศยาเสพติดจังหวัด
(Narcotics Information System for Province Agency : NISPA)



ที่มา : nispa.ncccd.go.th

ซึ่งเป้าหมายของการแก้ไขปัญหาคือลดสถานะหมู่บ้าน/ชุมชนสีแดง ให้เป็นพื้นที่สีเขียว หรือปัญหายาเสพติดน้อยต่อไป โดยลดทอนตัวเลขผู้ติดยาเสพติดให้น้อยที่สุด¹³ และบันทึกในรายงานผลการดำเนินงานด้านยาเสพติดในระบบสารสนเทศยาเสพติดจังหวัด (Narcotics Information System for Province Agency : NISPA) แต่ในทางปฏิบัติ ผู้นำชุมชนอาจไม่ส่งตัวเลขที่แท้จริง เนื่องจากเกรงกลัวผู้มีอิทธิพลและห่วงความปลอดภัยของตัวเอง

นอกจากนี้ กรอบคิดในการแก้ไขปัญหายาเสพติดยังมีประเด็นเรื่องของการบำบัดฟื้นฟู โดยเป็นการสมัครใจเข้ารับการบำบัดของผู้เสพที่สถานพยาบาล และฝ่ายปกครองเป็นศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะรับผู้เข้ารับการบำบัดตั้งแต่อายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สำหรับมาตรการการแก้ไขปัญหายาจะบูรณาการร่วมกับชุมชนอื่น ๆ ได้แก่ มาตรการปิดกวาดบ้าน เป็นการดำเนินการเข้าสู่มาตรการบำบัดนักเรียนในสถานศึกษาต่าง ๆ หากพบผู้ที่เข้าข่ายจะส่งตัวเข้ารับการบำบัดในสถานพยาบาลที่กำหนดโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย สำหรับการบำบัดไปแล้วกลับมาเสพใหม่นั้น ทางฝ่ายปกครองของแต่ละจังหวัดจะมีการตรวจสอบรายชื่อ หากพบว่าเป็นผู้ที่เคยได้รับการบำบัดหรือเคยเกี่ยวข้องกับยาเสพติดแล้ว จะส่งต่อให้มีการดำเนินคดีตามกฎหมายต่อไป และมีการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ ในการสุ่มตรวจสถานบริการและสถานบันเทิง และพื้นที่อื่น ๆ เช่น สวนสาธารณะ สถานีรถไฟ สถานีขนส่ง สถานีออกกำลังกาย รวมถึง

หอพักต่าง ๆ และสถานศึกษา¹⁴ ทั้งนี้ การบูรณาการ การแก้ไขปัญหาของภาครัฐ สังคม ชุมชน ต้องเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และสร้างกลไกการมีส่วนร่วมของ ชุมชนเพื่อเป็นเครื่องมือในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว อย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้หน่วยงานภาครัฐเป็นผู้ให้การสนับสนุนและส่งเสริมอย่างใกล้ชิด

จากงานวิจัยเรื่องสถานศึกษากับนโยบายและ มาตรการป้องกันการใช้สารเสพติดของเยาวชน¹⁵ พบว่า โครงการหรือกิจกรรมของสถานศึกษาส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับประเด็นปัญหาเรื่องยาเสพติด ซึ่งถือว่าเป็นพันธกิจที่สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวง ศึกษาธิการ เรื่องแนวทางขับเคลื่อนการดำเนินงานด้าน การสร้างภูมิคุ้มกันและป้องกันยาเสพติดในสถานศึกษา โรงเรียนมีหน้าที่ในการจัดโครงการกิจกรรมต่าง ๆ โดยเฉพาะประเด็นปัญหาและโทษของยาเสพติดผ่าน โครงการและกิจกรรม รวมถึงการส่งเสริมสอดแทรก ความรู้เรื่องยาเสพติดในสาระวิชาที่สอนด้วย เช่น

การแสดงในวันยาเสพติดโลก

โครงการสายลับจิ๋ว

โครงการ Re-X-Ray

โครงการ To BE NUMBER ONE

โครงการสถานศึกษาสีขาวปลอดยาเสพติด และอบายมุข

ทั้งนี้ครูในโรงเรียนยังสร้างเสริมภูมิคุ้มกันปัญหา ยาเสพติดในรายวิชาสุขศึกษา และยังมี การจัด กิจกรรมเกี่ยวกับยาเสพติด เช่น การจัดกิจกรรมกีฬา ด้านยาเสพติด การแสดงละครปัญหา ยาเสพติด การเยี่ยมบ้านนักเรียนเพื่อติดตามพฤติกรรมเสี่ยง การติดตั้งป้ายต่อต้านยาเสพติด และกิจกรรมครู พบนักเรียน (โฮมรูม) เพื่อติดตามพฤติกรรมเสี่ยง ปัญหา ยาเสพติด และการให้ความรู้เรื่องโทษของ ยาเสพติด นอกจากนี้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้ส่งวิทยากรมาให้ความรู้ถึงโทษของยาเสพติดให้กับ นักเรียนได้รับทราบ ส่วน ป.ป.ส. ได้สนับสนุนชุดตรวจ สารเสพติดเพื่อใช้ตรวจนักเรียนที่เป็นกลุ่มเสี่ยง

สรุป

ปัญหา ยาเสพติดกำลังเป็นปัญหาที่คุกคามสังคมและเศรษฐกิจ ของประเทศ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นภัยต่อสุขภาพกายและจิต ต่อกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน ซึ่งยาบ้าเป็นปัญหา ยาเสพติดหลักของ ไทย ดังนั้น การแก้ไขปัญหา ยาบ้าในกลุ่มเยาวชนจึงเป็นเรื่องสำคัญ เร่งด่วน ที่ทุกฝ่ายต้องร่วมมือกันในการแก้ไขปัญหา จากการดำเนิน นโยบายและมาตรการการป้องกันและแก้ไขปัญหา ยาเสพติดของรัฐ ที่ผ่านมา ยังคงมีปัญหาในทางปฏิบัติ เนื่องจากมีการกระจายตัวเข้าสู่ ชุมชนต่าง ๆ และมีการซื้อขายบนระบบออนไลน์ที่ควบคุมตรวจสอบ ได้ยาก จึงควรยกระดับการมีส่วนร่วมของภาคสังคมและชุมชนให้ มากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการเข้าไปมีส่วนร่วมในการเสนอแผนงานหรือ ยุทธศาสตร์ด้านยาเสพติด เพื่อให้ภาคสังคมและชุมชนตระหนัก ถึงการเป็นเจ้าของปัญหาและดำเนินการแก้ไขปัญหาในเชิงรุก โดย ให้ภาครัฐเป็นกลไกเสริม แทนที่จะเป็นการแก้ปัญหาโดยภาครัฐ เพียงอย่างเดียว การจัดการปัญหา ยาเสพติดไม่ใช่แค่เป็นเพียงการ จับกุมการขนย้ายยาเสพติด และตั้งด่านสกัดเท่านั้น แต่ยังรวมถึง ความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัว การสร้างความรู้ความเข้าใจ ต่อปัญหา ยาเสพติดในชุมชน และการให้สถาบันการศึกษาเข้ามา มีบทบาทเพิ่มมากขึ้นในการดูแลเยาวชน เช่น การเพิ่มมาตรการใน การเฝ้าระวังเยาวชน การให้คำปรึกษา และการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันต่อยาเสพติดที่มีประสิทธิภาพในระยะยาว

ภาพโฆษณาประชาสัมพันธ์โครงการ Re-X-Ray

ที่มา : thaigov.go.th/news/contents/details/60773

บุหรี่ไฟฟ้ารุกคืบในไทย ต้องเร่งควบคุม

“ บุหรี่ไฟฟ้า นอกจากจะมีสารนิโคติน และสารก่อมะเร็งแล้ว ยังประกอบไปด้วย โลหะหนักต่าง ๆ ที่มีพิษต่อปอด ไต เป็นที่น่าตกใจว่า เกินครึ่งของผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้าในไทยเป็นกลุ่มเยาวชน อายุ 15–24 ปี ภัยคุกคามจากบุหรี่ไฟฟ้าต่อเด็กและเยาวชนจึงเป็นปัญหาสังคมและปัญหาสาธารณสุข ที่ทุกฝ่ายต้องร่วมกันแก้ไขอย่างจริงจัง ”

บทนำ

“บุหรี่ไฟฟ้า” กำลังเป็นประเด็นปัญหาที่มีการอภิปรายอย่างกว้างขวางทั้งในระดับโลก และในระดับชาติ โดยในประเทศไทยเองได้มีการจัดตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนบุหรี่ไฟฟ้าถูกกฎหมาย เพื่อแก้ไขกฎหมายให้มีการนำเข้าและจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าได้ แต่เนื่องจากการเข้าถึงผลิตภัณฑ์เหล่านี้ของเด็กและเยาวชนที่เข้าถึงได้ง่ายกำลังเป็นภัยคุกคามทั่วโลก บทความนี้จึงเป็นการอภิปรายถึงลักษณะของบุหรี่ไฟฟ้า งานศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ไฟฟ้า สถานการณ์ของบุหรี่ไฟฟ้าในต่างประเทศและในประเทศไทย และแนวทางการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า

บุหรี่ไฟฟ้า คืออะไร? บุหรี่ไฟฟ้า คือ อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ชนิดหนึ่งที่น่า “สารนิโคติน” ลังเคราะห์เข้าสู่ร่างกาย อาจมีชื่อเรียกหลายอย่าง เช่น

e-cigs

e-hookahs

mods

vape pens

vapes

tank systems

electronic
nicotine
delivery
systems :
ENDS

vaping

JUULing

นิโคตินเป็นสารที่มีอำนาจเสพติดรุนแรง บุหรี่ไฟฟ้าสามารถเพิ่มระดับสารนิโคตินในการสูบบุหรี่แต่ละครั้งได้สูงกว่าบุหรี่ธรรมดา สารนิโคตินทำให้อัตราการเต้นของหัวใจสูง ความดันโลหิตสูง มีภาวะหลอดเลือดสมองหดตัว เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง และส่งผลให้ผู้เสพอาจเปลี่ยนผ่านไปใช้บุหรี่แบบธรรมดา หรือสารเสพติดอื่น ๆ ได้

นอกจากสารนิโคตินแล้ว สารเคมีในบุหรี่ไฟฟ้ายังประกอบไปด้วยโลหะหนักต่าง ๆ เช่น

นิกเกิลและโครเมียมที่มีพิษต่อปอด

แคดเมียมที่มีพิษต่อไต

สารก่อมะเร็ง เช่น

เบนซีน

อะเซตัลดีไฮด์

นอกจากนี้ ยังมีสารที่เป็นตัวทำลายของเหลวที่ใช้ในบุหรี่ไฟฟ้า เมื่อโดนความร้อนเป็นไอน้ำ จะแปรเปลี่ยนเป็นสารก่อมะเร็งได้ คือ

ไดเอทิลีนไกลคอล

กลีเซอรอล

รวมทั้งสารแต่งกลิ่นผลไม้หรือกลิ่นหอมที่มีฤทธิ์ทำลายเยื่อหลอดลม มีการปลดปล่อยอนุภาคขนาดเล็ก เช่น PM2.5 และอนุภาคนาโนที่แทรกซึมไปก่ออันตรายในอวัยวะต่าง ๆ ทั่วร่างกาย



บุหรี่ไฟฟ้าในไทย

ด้วยอันตรายของบุหรี่ไฟฟ้าข้างต้น ทำให้หลายประเทศพยายามดำเนินนโยบายควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า แต่เนื่องจากการรุกของทุนบุหรี่ข้ามชาติที่ทรงอิทธิพลยิ่ง ทำให้แต่ละประเทศมีมาตรการที่แตกต่างกันตามบริบทของแต่ละประเทศ ในสหรัฐอเมริกาแต่เดิมมีการห้ามนำเข้าและห้ามผลิตบุหรี่ไฟฟ้า เนื่องจากเกิดอุบัติเหตุการบาดเจ็บของอาการปอดอักเสบอันเกิดจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้า (EVALI : E-cigarette or Vaping product use-associated Lung Injury)^{1,2} แต่นโยบายของสหรัฐฯ ต้องถูกเปลี่ยนเนื่องจากอุตสาหกรรมยาสูบ ซึ่งเป็นกลุ่มทุนขนาดใหญ่ ได้ฟ้องคดีไปยังศาลในสหรัฐฯ ในที่สุดศาลอุทธรณ์แห่งสหพันธรัฐ (U.S. Appeals Court) ได้ตัดสินเมื่อเดือนธันวาคม 2553 ว่า “บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ เป็นผลิตภัณฑ์ยาสูบ ไม่ใช่ยาเสพติด จึงไม่อาจห้ามการนำเข้าได้” ผลของคดีส่งผลให้มีการนำเข้าและผลิตบุหรี่ไฟฟ้าในสหรัฐอเมริกาได้ ทำให้มีการสูบบุหรี่ไฟฟ้าโดยวัยรุ่นเพิ่มขึ้นแบบก้าวกระโดด โดยอัตราการใช้บุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนในสหรัฐอเมริกาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.5 เป็นร้อยละ 20.8 ในช่วงปี 2554–2561 การสำรวจยาสูบในเยาวชนแห่งชาติประจำปี 2564 จากองค์การอาหารและยาแห่งสหรัฐอเมริกา (National Youth Tobacco Survey : NYTS) ซึ่งสอบถามนักเรียนมัธยมต้นและมัธยมปลายเกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ 9 ประเภท พบว่าบุหรี่ไฟฟ้าเป็นผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ใช้กันมากที่สุดในปัจจุบัน³



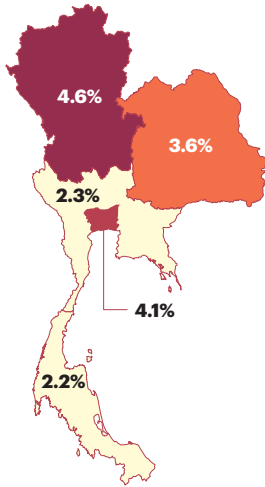
ที่มา : themomentum.co/e-cigarette-law-around-the-world

ประเทศอังกฤษ แม้กฎหมายจะห้ามขายบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าให้แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี แต่ผลการสำรวจการใช้บุหรี่ไฟฟ้าระดับประเทศ โดยองค์กร ASH – Action on Smoking and Health พบว่า วัยรุ่นช่วงอายุ 11–17 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 4 ในปี 2563 เป็นร้อยละ 7 ในปี 2565 โดยร้อยละ 47 ของเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี สามารถซื้อบุหรี่ไฟฟ้าจากร้านค้าได้ โดยตรวจสอบพบว่า 1 ใน 4 ของบุหรี่ไฟฟ้า เป็นผลิตภัณฑ์ที่ไม่ได้มาตรฐานและห้ามขาย ทั้งนี้ร้อยละ 56 ของเด็กอายุ 11–17 ปี รับรู้ว่ามีการส่งเสริมการขายบุหรี่ไฟฟ้า ทั้งที่ร้านค้าปลีก และการซื้อขายออนไลน์ ผ่านแอปพลิเคชันต่าง ๆ⁴

สำหรับประเทศไทย การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (ปี 2564) พบว่ามีคนสูบบุหรี่ไฟฟ้า 78,742 คน คิดเป็นร้อยละ 0.1 ของกลุ่มตัวอย่าง และเกินครึ่งของผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นกลุ่มเยาวชน อายุระหว่าง 15–24 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในเขตพื้นที่กรุงเทพฯ และภาคกลาง ความน่ากังวลคือประเด็นเรื่องความรู้ความเข้าใจและทัศนคติของผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้า โดยผลการสำรวจพบว่า ร้อยละ 57.9 เชื่อว่าอันตรายของบุหรี่ไฟฟ้าน้อยกว่าบุหรี่มวน กลุ่มที่เชื่อว่าอันตรายเท่ากันมีร้อยละ 34.5 และ**กลุ่มที่เชื่อว่าบุหรี่ไฟฟ้าอันตรายมากกว่าบุหรี่มวนมีร้อยละ 7.6 เท่านั้น** จากรายงานสำรวจสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมต้นของไทย อายุ 13–15 ปี โดยองค์การอนามัยโลก (Global School-based Student Health Survey) ปี 2564 พบว่า บุหรี่ไฟฟ้าเริ่มเข้ามาระบาดในกลุ่มเด็กนักเรียน โดยเยาวชนที่สำรวจมีการใช้บุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มจากร้อยละ 3.3 ในปี 2558 เป็นร้อยละ 8.1 ในปี 2564 โดยเด็กนักเรียนส่วนใหญ่มีความเชื่อที่ผิด ๆ เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า เช่น เชื่อว่าบุหรี่ไฟฟ้าไม่อันตราย ไม่ใช่สิ่งเสพติด ซึ่งจากผลการศึกษาของทั้ง 2 การสำรวจ พบว่าผู้ที่ให้ข้อมูลมีมุมมองต่อบุหรี่ไฟฟ้าว่าปลอดภัยกว่าบุหรี่มวน ซึ่งเป็นประเด็นที่น่าเป็นห่วงในสังคมไทยจากอันตรายด้านสุขภาพในระยะยาวของบุหรี่ไฟฟ้า

ด้านนโยบาย ภายหลังจากที่บุหรี่ไฟฟ้าแพร่เข้ามาในประเทศไทย ราวปี 2551 เป็นต้นมา เครือข่ายด้านสุขภาพและภาคประชาสังคมได้ตื่นตัวในเรื่องนี้และเคลื่อนไหวเพื่อควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าในไทย เช่น บทบาทของ นพ.หทัย ชิตานนท์ ประธานสถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ที่ได้ออกข่าวสาธารณะเพื่อสร้างความตระหนักใน

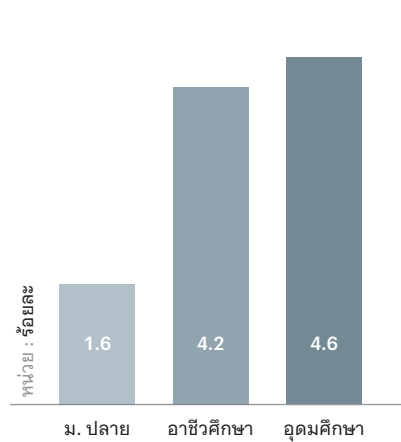
ความชุกของการใช้บุหรี่ไฟฟ้า ในเยาวชนไทย จำแนกตามภาค



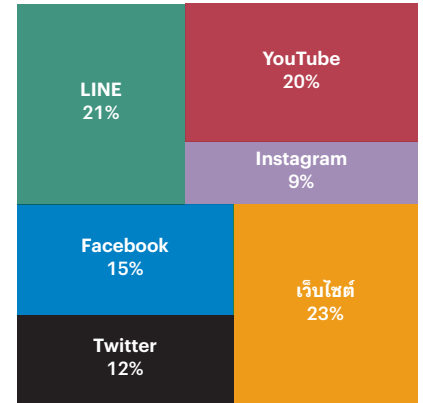
เรื่องนี้อย่างต่อเนื่อง จนกรมควบคุมโรค และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาพิจารณาห้ามนำเข้าและจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า ต่อมา ประเทศไทยได้มี “กฎ” ที่มีสภาพบังคับเป็นการทั่วไปในการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า คือ ประกาศกระทรวงพาณิชย์ เรื่องกำหนดให้บารากูและบารากูไฟฟ้าหรือบุหรี่ไฟฟ้าเป็นสินค้าที่ต้องห้ามในการนำเข้ามาในราชอาณาจักร พ.ศ. 2557 และในต้นปี 2558 มีคำสั่งคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคที่ 9/2558 ซึ่งอาศัยอำนาจตามความในมาตรา 36 และมาตรา 38 แห่ง พ.ร.บ. คุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 กำหนดห้ามขายและห้ามให้บริการบุหรี่ไฟฟ้า⁵

ปัญหาสำคัญสำหรับประเทศไทยในเรื่องการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า อาจแยกได้เป็น 2 ประเด็นใหญ่ คือ ประเด็นแรก ปัญหาการบังคับใช้กฎหมายเพื่อควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าในสื่อออนไลน์ ซึ่งมีข้อจำกัดในกระบวนการบังคับใช้กฎหมาย และเป็นปัญหาที่สมควรเร่งแก้ไขอย่างเร่งด่วน ดังเห็นได้จากงานวิจัยภายใต้ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) ได้นำเสนอผลการศึกษาใน 2 เรื่อง คือ

ความชุกของการใช้บุหรี่ไฟฟ้า ในเยาวชนไทย จำแนกตามระดับการศึกษา



สัดส่วนแพลตฟอร์ม สื่อสังคมออนไลน์ที่มีการขาย และส่งเสริมการขายบุหรี่ไฟฟ้า



“การสำรวจเยาวชนไทยในสถานศึกษา” ปี 2564⁶

พบว่า ภาพรวมความชุกของการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในเยาวชนไทยคือ ร้อยละ 3.4 (สูบบุหรี่วัน ร้อยละ 42.0 สูบทั้งคู่ ร้อยละ 2.4) โดยภาคเหนือมีความชุกมากที่สุด ร้อยละ 4.6 รองลงมาคือ กรุงเทพฯ และปริมณฑล ร้อยละ 4.1 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 3.6 ภาคกลาง ร้อยละ 2.3 และภาคใต้ ร้อยละ 2.2 เมื่อจำแนกตามระดับการศึกษา พบตามลำดับดังนี้ อุดมศึกษา ร้อยละ 4.6 อาชีวศึกษา ร้อยละ 4.2 และมัธยมปลาย ร้อยละ 1.6 และพบสัดส่วนผู้หญิงสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้น 3.6 เท่า ทั้งนี้ ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือ การที่เยาวชนเข้าชมสื่อสังคมออนไลน์ในการใช้บุหรี่ไฟฟ้า โดยถ้าเข้าชมเกือบทุกวัน มีโอกาสใช้บุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 3.7 และโอกาสใช้บุหรี่ไฟฟ้ามากกว่า 7.7 เท่า ของคนที่ไม่เคยเข้าชมสื่อสังคมออนไลน์ และ

“การสื่อสารการตลาดบุหรี่ไฟฟ้าในสื่อสังคมออนไลน์” ปี 2564

พบว่า มีการขายและส่งเสริมการขายบุหรี่ไฟฟ้าในสื่อสังคมออนไลน์ สูงถึง 300 ID (ราย) ใน 6 แพลตฟอร์ม โดย website มีสัดส่วนสูงที่สุด คือ ร้อยละ 23, Line ร้อยละ 21, YouTube ร้อยละ 20, Facebook ร้อยละ 15, Twitter ร้อยละ 12 และ Instagram ร้อยละ 9^{7,8}

ประเด็นที่น่าสนใจ คือ กฎหมายที่ควบคุมการใช้สื่อออนไลน์ของประเทศไทย อันได้แก่ พ.ร.บ. ว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2560 มาตรา 14(1) ที่บัญญัติว่า “ผู้ใดกระทำความผิดที่ระบุไว้ดังต่อไปนี้ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินห้าปีหรือปรับไม่เกินหนึ่งแสนบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ (1) โดยทุจริต หรือโดยหลอกลวงนำเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ซึ่งข้อมูลคอมพิวเตอร์ที่บิดเบือนหรือปลอมไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนหรือข้อมูลคอมพิวเตอร์อันเป็นเท็จโดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ประชาชนอันมิใช่การกระทำความผิดฐานหมิ่นประมาทตามประมวลกฎหมายอาญา”⁹ ซึ่ง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถใช้อำนาจตามกฎหมาย

ในการดำเนินคดีกับผู้ที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ไฟฟ้าได้ โดยมุ่งเฉพาะการโฆษณาหรือการขายในสื่อออนไลน์ แต่ในทางปฏิบัติ การบังคับใช้กฎหมายเป็นไปอย่างจำกัด

อุปสรรคสำคัญอีกประการหนึ่งในการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า คือการแทรกแซงนโยบายควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าโดยกลุ่มการเมืองที่ร่วมมือกับกลุ่มทุนบุหรี่ข้ามชาติ เพื่อพยายามให้เกิดการนำเข้าบุหรี่ไฟฟ้าเข้ามาในประเทศ เช่น มีการจัดตั้งคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาเรื่องยาสูบและบุหรี่ไฟฟ้าในเชิงพาณิชย์ ในคณะกรรมการการพาณิชย์และทรัพย์สินทางปัญญาสภาผู้แทนราษฎร เมื่อปี 2562 ต่อมาเป็น คณะทำงานขับเคลื่อนบุหรี่ไฟฟ้าถูกกฎหมาย โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม (นายชัยวุฒิ ธนาคมานุสรณ์)¹⁰ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ปัญหาการขายนะบบออนไลน์ด้วยการทำให้บุหรี่ไฟฟ้าเป็นสิ่งถูกกฎหมาย โดยเป็นที่น่าประหลาดใจว่ามีการแต่งตั้งกลุ่มผู้สนับสนุนบุหรี่ไฟฟ้าเป็นที่ปรึกษาของคณะกรรมการดังกล่าว โดยให้เหตุผลว่า เพื่อให้เกิดการรับฟังความเห็นผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ซึ่งภาคประชาสังคมด้านการควบคุมยาสูบมองว่า เป็นการกระทำที่ขัดต่อกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก มาตรา 5.3 ที่ว่าด้วยการป้องกันการแทรกแซงนโยบายด้านการควบคุมยาสูบจากอุตสาหกรรมยาสูบ¹¹ จึงมีกระแสวิพากษ์วิจารณ์ว่า ความพยายามดังกล่าวอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ไม่มีการบังคับใช้ พ.ร.บ. ว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2560 อย่างจริงจัง

ความเข้าใจผิดเรื่องการใช้บุหรี่ไฟฟ้าเพื่อเลิกบุหรี่

มีคนจำนวนไม่น้อยมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องว่า การสูบบุหรี่ไฟฟ้าช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ได้ง่ายขึ้น และบุหรี่ไฟฟ้ามันอันตรายน้อยกว่าบุหรี่แบบมวน แต่จากงานวิจัยต่างๆ มีข้อค้นพบที่ต่างออกไป การทบทวนงานวิจัยเรื่องการเลิกบุหรี่ด้วยบุหรี่ไฟฟ้าขององค์การคอเครน (The Cochrane library) พบว่ามี 2 เรื่องเป็นการศึกษาเชิงทดลองในประเทศนิวซีแลนด์และอิตาลีเพื่อเปรียบเทียบการเลิกบุหรี่ด้วยบุหรี่ไฟฟ้า กับการใช้แผ่นยาหรือการใช้ยาหลอกในผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ พบว่าการใช้บุหรี่ไฟฟ้าเพื่อการเลิกบุหรี่ได้ผลค่อนข้างต่ำ¹² การทบทวนสังเคราะห์งานวิจัยเรื่องการเลิกบุหรี่ด้วยบุหรี่ไฟฟ้าพบว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นขัดแย้งกัน คือ ผู้ที่ใช้บุหรี่ไฟฟ้าเลิกบุหรี่ได้น้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้ใช้บุหรี่ไฟฟ้า¹³ และบางการศึกษาพบว่าทำให้เกิดการเสพติดมากขึ้น คือ เสพทั้งบุหรี่ดั้งเดิมและบุหรี่ไฟฟ้า (dual use)¹⁴ ตลอดจนมีการศึกษาจาก 28 ประเทศในสหภาพยุโรปได้ผลสรุปว่า การใช้บุหรี่ไฟฟ้าทำให้เลิกสูบบุหรี่ได้น้อยลง¹⁵ ทั้งนี้ล่าสุด รายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO report on the global tobacco epidemic 2019 : Offer help to quit tobacco use) ระบุว่ามีความเชื่อมั่นต่ำในการใช้ผลิตภัณฑ์นี้เพื่อการเลิกบุหรี่ และยิ่งขาดความชัดเจนของผลการศึกษา

สำหรับประเด็น การลดอันตรายจากยาสูบ (tobacco harm reduction) คือแนวทางเพื่อลดอันตรายจากโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ เป็นประเด็นที่มีการต่อสู้กันทางความคิดระหว่างกลุ่มที่สนับสนุนการใช้บุหรี่ไฟฟ้ากับกลุ่มที่ไม่เห็นด้วยกับบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งกลุ่มที่ไม่เห็นด้วยกับการใช้บุหรี่ไฟฟ้าจะเสนอประเด็นวาทกรรมว่า “quit, don’t switch” คือ ต้องการให้เลิกบุหรี่ทันที ไม่ใช่เปลี่ยนไปใช้บุหรี่ไฟฟ้าแทน ส่วนอุตสาหกรรมยาสูบมักจะกล่าวอ้าง harm reduction เป็นคำโฆษณาชวนเชื่อเพื่อส่งเสริมการขายบุหรี่ไฟฟ้า โดยอ้างว่า การเสพติดบุหรี่ของคนนั้นจะเกิดจาก “สารนิโคติน” ซึ่งเป็นสารพิษในควันบุหรี่ก่อให้เกิดอันตรายมากที่สุด ซึ่งสารนิโคตินมาจากผลิตภัณฑ์ต่างๆ ตั้งแต่อันตรายที่สุด คือ บุหรี่ซิการ์เรต และค่อยๆ ลดระดับลงมาเป็นพวกผลิตภัณฑ์นิโคตินทดแทนเพื่อการรักษา (nicotine replacement therapy products) ซึ่งแนวทางการลดอันตรายในการควบคุมยาสูบ จะให้ผู้สูบบุหรี่ที่ไม่สามารถหรือยังไม่เต็มใจที่จะเลิกสูบบุหรี่เปลี่ยนไปใช้นิโคตินในรูปแบบที่เป็นอันตรายน้อยกว่า ในที่สุดก็อาจจะช่วยให้เลิกใช้นิโคตินได้¹⁶ โดยบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ ถูกพิจารณาว่า เป็นส่วนหนึ่งของกลยุทธ์ทางธุรกิจของอุตสาหกรรมยาสูบ เนื่องจากเป็นผู้ให้ทุนทำวิจัยแก่นักวิทยาศาสตร์ในหลายองค์กรในประเด็นเรื่องการลดอันตรายจากยาสูบ โดยอ้างงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประโยชน์ของบุหรี่ไฟฟ้า โดยเฉพาะประเด็นเรื่อง harm reduction ทั้งนี้ประเด็นเรื่อง harm reduction เป็นประเด็นที่กลุ่มผู้สนับสนุนบุหรี่ไฟฟ้าของประเทศไทย ใช้เป็นข้ออ้างในการผลักดันให้บุหรี่ไฟฟ้าสามารถจำหน่ายได้โดยถูกกฎหมายด้วย



ส่วนหนึ่งของภาพประชาสัมพันธ์โครงการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เลิกบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าภายใต้สโลแกน “Quit, Don’t Switch” ของ American Lung Association ในประเทศสหรัฐอเมริกา

ที่มา : lung.org/quit-smoking/e-cigarettes-vaping/quit-dont-switch

แนวทางการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าแบบต่าง ๆ

ในช่วงกลางปี 2565 มีประเทศต่าง ๆ ที่ควบคุมบุหรี่ไฟฟ้ารวม 109 ประเทศ¹⁷ โดยใช้มาตรการในการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าแบบต่าง ๆ ซึ่งมีข้อดีและข้อเสียแตกต่างกัน สรุปได้ดังต่อไปนี้

1

ใช้วิธีการห้าม (prohibition) ประเทศไทยใช้วิธีนี้ในการควบคุม กล่าวคือ ห้ามนำเข้า ห้ามขายและห้ามให้บริการ ซึ่งมีข้อดี คือ สามารถปกป้องสุขภาพของประชาชนได้ ไม่เพิ่มภาระงานด้านการควบคุมยาสูบให้กับประเทศ ข้อเสีย คือ อาจก่อให้เกิดการลักลอบฝ่าฝืนกฎหมายเพื่อนำเข้า การทุจริตในการเรียกรับสินบนจากการครอบครองบุหรี่ไฟฟ้า หรือลักลอบนำเข้าขาย หรือบริการ

2

ควบคุมเหมือนผลิตภัณฑ์ยา (regulation as medicinal products) ข้อดี คือ อยู่ภายใต้การควบคุมของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์และเภสัชกร และการควบคุมมาตรฐานของสำนักงานอาหารและยา แต่ธุรกิจบุหรี่ไฟฟ้าไม่มีความตั้งใจที่จะให้บุหรี่ไฟฟ้าเป็นผลิตภัณฑ์ยา มาตรการนี้สามารถปกป้องเยาวชนได้ แต่ข้อเสีย คือ ยังไม่มีงานวิจัยรองรับในเรื่องความปลอดภัยต่อสุขภาพในระยะยาวอันเกิดจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้า

3

ใช้การห้ามส่วนประกอบ (component ban) ข้อดี คือ ป้องกันสารเติมแต่งที่อาจดึงดูดเยาวชน เช่น สารชูรสชูกลิ่น ป้องกันการใช้สารเสพติดอื่น ๆ มาผสมในน้ำยาบุหรี่ไฟฟ้า เช่น น้ำมันกัญชา ข้อเสีย คือ วิธีการนี้ไม่ได้ห้ามตัวอุปกรณ์ที่ใช้สูบ (กรณีที่เป็นอุปกรณ์แบบสามารถเติมน้ำยาได้ อาจมีการนำตัวอุปกรณ์ไปใช้ในการเสพสารเสพติดอื่น ๆ) มาตรการนี้ยังคงทำให้เกิดการเสพติดนิโคตินอย่างต่อเนื่อง

4

ใช้การควบคุมเหมือนกับสารพิษ (regulation as poisons) ข้อดี คือ การตรวจสอบโดยหน่วยงานของรัฐโดยระบบการอนุญาต ซึ่งสามารถควบคุมมาตรฐานของสารในน้ำยาบุหรี่ไฟฟ้าได้ ข้อเสีย คือ ทำให้เกิดการเสพติดนิโคตินอย่างต่อเนื่อง และยังไม่มียานวิจัยเกี่ยวกับระดับของสารพิษในผลิตภัณฑ์ยาสูบและบุหรี่ไฟฟ้า ดังนั้นจึงควบคุมสารพิษได้ยาก

5

ควบคุมเหมือนกับผลิตภัณฑ์ยาสูบ (regulation as tobacco products)

สำหรับประเทศไทยมีกฎหมายที่รองรับอยู่แล้ว คือ พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 แต่ต้องมีการออกกฎที่มีรายละเอียดเพิ่มเติม ข้อเสีย คือ เพิ่มภาระงานให้กับหน่วยงานควบคุมยาสูบของประเทศที่ยังไม่มีความพร้อม แม้แต่การควบคุมยาสูบธรรมดาที่สำคัญยังคงทำให้เกิดการเสพติดนิโคตินอย่างต่อเนื่อง

6

ใช้การควบคุมเหมือนกับสินค้าอุปโภคบริโภค (regulation as consumer product)

ไม่พบข้อดีแต่อย่างใด เนื่องจากไม่มีกฎหมายที่เข้ามาควบคุมเป็นการเฉพาะ และมีข้อเสีย คือ ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย อาจนำไปสู่ปัญหาการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้ามากขึ้น มาตรการควบคุมการตลาดอาจไม่รัดกุมเพียงพอ เพราะเป็นสินค้าอุปโภคบริโภค ทำให้เกิดการเสพติดนิโคตินอย่างต่อเนื่อง และอาจเพิ่มจำนวนผู้สูบบุหรี่ธรรมดามากขึ้นด้วย

7

ใช้การควบคุมเหมือนสินค้าเฉพาะ (regulation as unique product)

ข้อดี คือ ถ้ามีกฎหมายบุหรี่ไฟฟ้าใช้บังคับเฉพาะ อาจสะดวกต่อการควบคุมและการบังคับใช้กฎหมาย ข้อเสีย คือ ระบบบริหารราชการของไทยอาจไม่รองรับการจัดตั้งหน่วยงานเพื่อบังคับใช้กฎหมายเรื่องบุหรี่ไฟฟ้าโดยตรงเป็นการเฉพาะ จึงทำให้มีปัญหาในการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า และทำให้เกิดการเสพติดนิโคตินอย่างต่อเนื่อง

สรุป

บุหรี่ไฟฟ้ากำลังเป็นภัยคุกคามด้านสุขภาพของสังคมไทย โดยเฉพาะการแพร่เข้าสู่กลุ่มเยาวชนและคนหนุ่มสาว ซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศในระยะยาว ในขณะที่สังคมไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยขั้นสุดยอด ที่ประชากรวัยแรงงานกำลังจะลดลง แม้ประเทศไทยจะมีนโยบายชัดเจนในเรื่องการห้าม

บุหรี่ไฟฟ้า โดยการออกกฎหมายต่าง ๆ เช่น ประกาศกระทรวงพาณิชย์ เรื่องกำหนดให้บารากูและบารากูไฟฟ้าหรือบุหรี่ไฟฟ้าเป็นสินค้าที่ต้องห้ามในการนำเข้ามาในราชอาณาจักร พ.ศ. 2557 และคำสั่งคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคที่ 9/2558 กำหนดห้ามขายและห้ามให้บริการบุหรี่ไฟฟ้าเป็นต้น แต่การบังคับใช้กฎหมายประสบปัญหาหลายประการ โดยเฉพาะการควบคุมสื่อออนไลน์ อีกทั้งความพยายามของกลุ่มธุรกิจการเมืองที่ต้องการแก้กฎหมาย เพื่ออนุญาตให้บุหรี่ไฟฟ้าเป็นสิ่งถูกกฎหมาย ดังนั้น สังคมไทยจำเป็นต้องรู้เท่าทัน โดยเฉพาะวาทกรรมต่าง ๆ ที่อ้างงานวิจัยที่สนับสนุนบุหรี่ไฟฟ้า โดยต้องตรวจสอบว่า มีการรับเงินสนับสนุนจากอุตสาหกรรมยาสูบ หรือ องค์กรบงกชหน้าของอุตสาหกรรมยาสูบหรือไม่ รวมถึงบริบทการบังคับใช้กฎหมายภายในประเทศของไทยด้วยว่า มาตรการใด

มีความเหมาะสมหรือไม่ ซึ่งปัจจุบัน การห้ามนำเข้า ห้ามขายและห้ามบริการ เป็นมาตรการที่ยังคงเหมาะสม เพื่อปกป้องภัยคุกคามจากบุหรี่ไฟฟ้าต่อเด็กและเยาวชน เพราะการเสพติดสารนิโคตินตั้งแต่ยังอายุน้อยจะส่งผลให้เมื่ออายุเพิ่มขึ้น ผู้เสพอาจจะเป็นนักสูบประจำในอนาคต และส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในวงกว้างในระยะยาว

ที่มา : unsplash.com/photos/aX9KIiQIrVE

ความปลอดภัยบนทางม้าลายและคนเดินเท้า : แนวทางการปรับปรุง

“ ก่อนการแพร่ระบาดของโควิด-19 มีผู้เสียชีวิตทางถนนที่เป็นคนเดินเท้า ประมาณ 1,200 คนต่อปี โดยเกิดจากการข้ามถนน ประมาณ 400 คนต่อปี การแก้ปัญหาเพื่อลดอุบัติเหตุของคนเดินเท้า และผู้ข้ามถนนอย่างต่อเนื่องจริงจัง ทั้งด้านพฤติกรรมของผู้ขับขี่และคนเดินเท้า ด้านกายภาพ และการทำงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อลดความสูญเสียที่ไม่อาจประเมินค่าได้ ”



ที่มา : unsplash.com/photos/WvaZK5--Pnc

บทนำ

บ่ายวันที่ 21 มกราคม 2565 ประเทศไทยได้สูญเสียบุคลากรอันมีค่าในวงการแพทย์ เมื่อคุณหมอกระต่าย หรือ จักษุแพทย์หญิงวราลักษณ์ สุภวัตรจริยากุล แพทย์ผู้ชำนาญการด้านจักษุวิทยา ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประสบอุบัติเหตุถูกรถจักรยานยนต์บีบไต่ฟุ้งชนขณะกำลังข้ามถนนบนทางม้าลายจนเสียชีวิตบริเวณถนนพญาไท เหตุการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบทางจิตใจกับประชาชนทั่วไป จนเกิดเป็นคำถามถึงความปลอดภัยในการเดินทางของคนเดินเท้า และผู้ที่ต้องการข้ามถนนบนทางม้าลาย หากเราย้อนเวลากลับไปอุบัติเหตุในลักษณะดังกล่าวเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเป็นข่าวครึกโครมเป็นระยะ ๆ! เหตุการณ์ดังกล่าวสะท้อนปัญหาเชิงโครงสร้างของการจัดการเพื่อลดอุบัติเหตุของคนเดินเท้าที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข ขาดการเชื่อมการทำงานระหว่างหน่วยงานที่รับผิดชอบ และสำนึกความถูกต้องของผู้ขับขี่บนท้องถนน ส่งผลให้แต่ละปีคนไทยจำนวนมากต้องตกเป็นเหยื่อบนท้องถนนอย่างไม่ควรจะเป็น บทความนี้เป็นการศึกษาถึงปัญหาของอุบัติเหตุของคนเดินเท้าและคนข้ามถนนในประเทศไทย กรอบแนวคิดเพื่อการลดอุบัติเหตุ และข้อเสนอแนะเพื่อการลดอุบัติเหตุในประเทศไทย



ภาพที่ 1 : พฤติกรรม การหยุดรถบริเวณทางข้าม ในเขตกรุงเทพมหานคร ผลสำรวจของมูลนิธิไทยโรดส์

ที่มา : maticion.co.th/local/quality-life/news_3168010

อุบัติเหตุของคนเดินเท้าในประเทศไทย

ก่อนการแพร่ระบาดของโควิด-19 มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนประมาณ 20,000 คนต่อปี เฉพาะกรณีคนเดินเท้ามีผู้เสียชีวิตประมาณร้อยละ 6 หรือราว 1,200 คนต่อปี และหากเจาะจงเฉพาะกลุ่มการเสียชีวิตขณะข้ามถนน พบว่ามีจำนวนประมาณ 400 คนต่อปี หรือ วันละ 1-2 คน² โดยคู่กรณีเกินกว่าครึ่งคือ กลุ่มรถจักรยานยนต์ รองลงมาคือกลุ่มรถยนต์ส่วนบุคคล และกลุ่มรถบรรทุก ที่ผ่านมา กลุ่มคนเดินเท้า โดยเฉพาะกลุ่มคนข้ามถนนเป็นกลุ่มเปราะบาง เป็นกลุ่มผู้ใช้รถใช้ถนนในลำดับล่างที่ถูกกลบเกลี่ย ขณะเดียวกัน ข้อจำกัดทางกายภาพของมนุษย์ในเรื่องการคาดการณ์การชน และทัศนวิสัยทางกายภาพของถนน รวมถึงจำนวนรถจักรยานยนต์ในประเทศไทยที่มีจำนวนถึง 3 ใน 4 ของจำนวนยานพาหนะบนถนนในไทย และยังมีปริมาณเพิ่มขึ้นทุกปี ทำให้อุบัติเหตุกับคนกลุ่มดังกล่าวมีจำนวนมากในแต่ละปี ซึ่งอุบัติเหตุทางถนนที่เกิดกับกลุ่มคนเดินเท้าและข้ามถนนไม่ว่าจะเกิดกับใครย่อมส่งผลกระทบต่อทางเศรษฐกิจและสังคม ไม่ว่าจะเป็นผู้ที่ทำงานหาเลี้ยงสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนกลุ่มเด็กและเยาวชนที่จะเป็นกำลังหลักในการพัฒนาประเทศต่อไป

จากการสำรวจพฤติกรรมรถหยุดบริเวณทางข้ามในเขตกรุงเทพมหานคร ของมูลนิธิไทยโรดส์ที่สำรวจพฤติกรรมผู้ขับขี่ จำนวน 14,353 คัน บริเวณ 12 จุดทางข้ามทางม้าลายที่ไม่ได้อยู่ใกล้บริเวณทางแยกและสัญญาณไฟจราจร พบว่า มีเพียงร้อยละ 11 เท่านั้นที่หยุดรถเมื่อมีคนมาขึ้นรถบริเวณทางข้ามเพื่อที่จะข้ามถนน สิ่งที่น่ากังวลคือ กลุ่มรถจักรยานยนต์ มีเพียงร้อยละ 8 ที่มีแนวโน้มหยุดให้คนขึ้นรถข้ามถนน (เทียบกับรถยนต์ที่หยุด ร้อยละ 14 และรถโดยสารหยุด ร้อยละ 20)³ อีกนัยหนึ่งผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 92 ไม่หยุดรถให้คนข้ามถนน (ดังรายละเอียดในภาพที่ 1) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ความเสี่ยงที่ผู้ข้ามทางม้าลายอาจถูกรถชนนั้นสูงมาก

ถึงแม้ไทยจะมีข้อกำหนดที่กำหนดบทลงโทษชัดเจน ไม่ว่าจะเป็นการไม่หยุดให้คนข้ามถนนในทางม้าลายซึ่งมีการปรับเพิ่มโทษเมื่อเดือนกันยายน 2565 เป็น 4,000 บาท (จากเดิม 1,000 บาท) และเพิ่มโทษผู้ขับขี่ที่ขับรถโดยไม่คำนึงถึงความปลอดภัยในชีวิตหรือร่างกายของผู้อื่น เป็นจำคุกไม่เกิน 1 ปี ปรับตั้งแต่ 5,000-20,000 บาท หรือ ทั้งจำทั้งปรับ แต่จำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากการเดินเท้าและการข้ามถนนยังไม่มีแนวโน้มลดลงในทุก ๆ วัน จำนวนอุบัติเหตุในการเดินริมถนนและการข้ามถนน ทั้งบาดเจ็บและเสียชีวิต ยังเฉลี่ยที่วันละ 10-20 ราย ในเขตเมืองใหญ่ ไม่ว่าจะเป็นถนนสายหลักและสายรอง การวิเคราะห์ถึงสาเหตุของอุบัติเหตุแบบรอบด้านเพื่อปรับปรุงแนวทางแก้ไขปัญหาแบบองค์รวมจึงเป็นสิ่งสำคัญ

ทฤษฎีแนวแข็งกับการวิเคราะห์อุบัติเหตุ

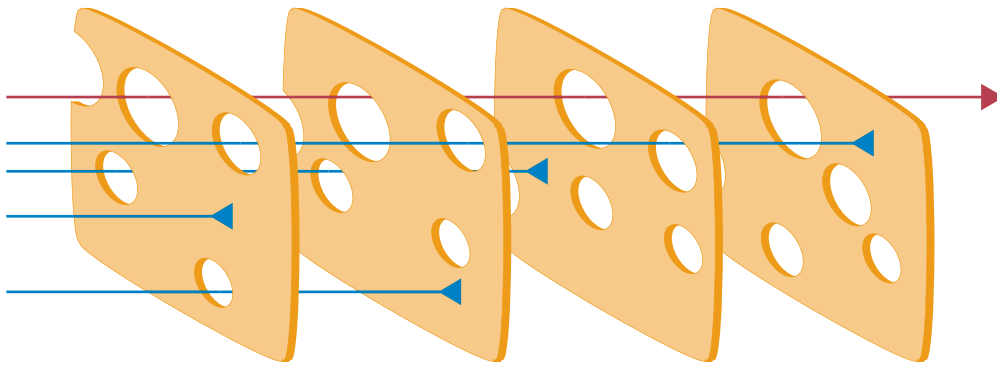
การที่อุบัติเหตุของการเดินเท้าและการข้ามถนนไม่มีแนวโน้มลดลง แม้ว่ากฎหมายจราจรจะมีบทลงโทษที่รุนแรงขึ้น แสดงให้เห็นว่า การมีข้อกฎหมายเพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำให้ผู้ใช้รถใช้ถนนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และสร้างความปลอดภัยขึ้นได้ หากเรามองปัญหาในเชิงระบบเพื่อให้เข้าใจรากของปัญหาอุบัติเหตุจากการข้ามถนน ตามแนวคิด**ทฤษฎีเนยแข็ง** (Swiss Cheese Model) โดย ศ. เจมส์ เรียสัน (James Reason)⁴ อาจจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาแนวทางเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว ทฤษฎีเนยแข็ง อธิบายว่า อุบัติเหตุไม่ได้เกิดจากแค่ความประมาทหรือโชคชะตา แต่เป็นการบกพร่องในเชิงระบบเป็นลำดับขั้น เชื่อมต่อกัน จนส่งผลกระทบต่อเนื่องจากระดับนโยบายจนไปสู่ความบกพร่องของมนุษย์ โดยมนุษย์ทุกคนล้วนมีขีดจำกัดจนมีข้อผิดพลาด ซึ่งการจัดระบบของลำดับขั้นดังกล่าวจะมีส่วนสำคัญในการสืบสวน รวบรวมข้อมูล บันทึก วิเคราะห์รายละเอียด ความบกพร่องในแต่ละชั้นของปัญหา และนำไปสู่การแก้ไขปัญหาในเชิงระบบ อย่างไรก็ตาม ความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในบางกรณีสามารถป้องกันได้ในระดับของพฤติกรรม แต่ในบางกรณีจำเป็นต้องอาศัยการแก้ไขในทุกลำดับขั้นของระบบ⁵ สรุปได้ ดังนี้

1

ระดับการกระทำที่ไม่ปลอดภัย (unsafe act) เกิดจากพฤติกรรมของทั้งผู้ข้ามและผู้ขับขี่ โดยเฉพาะบริเวณทางข้าม จะเกิดจากความผิดพลาดในส่วนของผู้ขับขี่เป็นส่วนใหญ่ เช่น การคาดการณ์ไม่ได้ว่า จะมีคนข้ามหรือ ไม่ได้ให้ความระมัดระวัง ไม่ให้ความสนใจก่อนถึงทางข้าม จึงใช้ความเร็วเกินกว่าความเร็วที่เหมาะสมในพื้นที่นั้น ๆ เช่น เขตโรงเรียน บริเวณทางม้าลาย ควรใช้ความเร็วต่ำกว่า 50 กม./ชม. ทำให้ไม่สามารถหยุดรถได้ทัน อีกปัจจัยสำคัญคือ **มุมมองความเสี่ยงทางด้านสังคม (social risk)** ซึ่งสังคมไทยให้ความสำคัญกับยานพาหนะเป็นหลัก จากการสร้างเส้นทางขนาดใหญ่ เพื่อให้รถยนต์เดินทางเข้าถึงทุกพื้นที่ ซึ่งตรงข้ามกับต่างประเทศที่ลดการใช้รถยนต์และหันมาใช้รถโดยสารสาธารณะหรือรถจักรยานแทน ดังนั้น มุมมองของคนขับรถจะเป็นฝ่ายที่ต้องได้สิทธิในการใช้พื้นที่ถนนก่อนเสมอ ส่งผลให้พฤติกรรมการข้ามถนนของคนไทยต้องรีบข้าม ต้องรอให้รถไปก่อน ทั้งที่ได้สิทธิในการข้ามจากสัญญาณไฟในด้านของผู้เดินเท้าและผู้ข้ามถนน ยังขาดองค์ความรู้และทักษะในการประเมินการคาดการณ์อุบัติเหตุ (hazard perception) ซึ่งเป็นอีกหนึ่งทักษะที่ต้องถูกปลูกฝังตั้งแต่เด็ก ผ่านระบบการเรียนรู้ของสถานศึกษา เพื่อให้ตระหนักรู้เสมอว่าก่อนข้ามถนนต้องหยุดก่อนถึงทางข้าม มีสติไม่ดูมือถือ และไม่ไวใจทางม้าลายถึงแม้จะได้รับสัญญาณไฟเดินข้าม เช่น ในญี่ปุ่น มีการสอนเทคนิค KYT (Kiken Yoshi Training : การหยั่งรู้ระวังภัย) คือมือชี้ซ้ายขวา ปากพูดตามก่อนข้ามถนน เพื่อดึงสติ นอกจากนี้ ต้องปรับทัศนคติของผู้ข้ามถนน และผู้เดินเท้า ที่ต้องทวงสิทธิความชอบธรรมในการเดินทางอย่างปลอดภัย

2

ระดับสภาพเงื่อนไขที่ไม่ปลอดภัย (unsafe conditions) ทางเดินเท้า ทางข้าม หลายแห่งอาจดูว่าปลอดภัยในการเดินข้าม แต่หากมองภายใต้บริบทเรื่องกายภาพตามหลักวิศวกรรมก็อาจส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้ใช้งาน เช่น ในประเทศไทยถนนในเขตเมืองยังกำหนดให้ใช้ความเร็ว 80 กิโลเมตรต่อชั่วโมง ซึ่งหากถูกชนก็เหมือนกระโดดกระแทกพื้นจากตึก 8 ชั้น มีโอกาสรอดไม่ถึงร้อยละ 10 หรืออาจพิการ ทั้งที่ในต่างประเทศกำหนดเขตความเร็วในเขตเมืองอย่างมากไม่เกิน 50-60 กิโลเมตรต่อชั่วโมง หรือหากเป็นเขตชุมชนขนาดเล็ก ลดลงไปที่ 30-40 กิโลเมตรต่อชั่วโมง เมื่อมีคนข้ามก็สามารถเบรกทัน หรือถ้าถูกเฉี่ยวชน ก็ไม่ถึงกับเสียชีวิต นอกจากเรื่องความเร็วในเขตเมือง ขนาดถนนก็มีความสำคัญ หากเป็นถนนขนาดใหญ่ มีหลายช่องจราจร ก็ไม่ควรทำทางม้าลายแต่ควรเลือกใช้สะพานลอย นอกจากนี้ การออกแบบกายภาพก่อนถึงทางข้ามก็มีส่วนสำคัญ เช่น การทำเส้นถนนให้แคบลงเพื่อให้รถรู้สึกว่าจะต้องชะลอความเร็ว หรือติดตั้งไฟสัญญาณ และแสงสว่างในจุดข้ามถนน เพื่อให้เห็นชัดในเวลากลางคืน โดยเฉพาะบริเวณหน้าโรงเรียน ชุมชน โรงพยาบาล เป็นต้น ดังนั้น การออกแบบทางข้าม หรือการสร้างทางเดินเท้า ต้องกำหนดมาตรฐานเป็นแนวทางเดียวกัน โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของคนเดินเท้าและคนข้ามถนน ไม่ใช่เพียงความสะดวกสบายของคนเดินเท้า



ระดับการกระทำ
ที่ไม่ปลอดภัย
(unsafe act)

ระดับสภาพเงื่อนไข
ที่ไม่ปลอดภัย
(unsafe conditions)

ระดับการกำกับดูแล
ที่ไม่ปลอดภัย
(unsafe supervision)

ระดับอิทธิพลองค์กร
(organization
influence)

3

ระดับการกำกับดูแลที่ไม่ปลอดภัย (unsafe supervision) หรือ การกำกับดูแลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อแก้ปัญหาความไม่ปลอดภัยในการใช้งาน เช่น ทางเดินเท้าที่ใช้งานลำบาก มีสิ่งกีดขวางหรือผู้พิการ/ผู้ใช้วีลแชร์ไม่สามารถใช้งานได้ ในส่วนของทางข้าม อาจมีรูปแบบการสร้างที่แตกต่างกันทั้งลักษณะการทาสีตีเส้น แสงสว่าง หรือการกำหนดจุดข้ามที่เสี่ยงอันตราย แต่ข้อมูลดังกล่าวไม่ถูกส่งมายังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและนำมาวิเคราะห์ถึงรากของปัญหา หรือการที่หน่วยงานในพื้นที่ขาดงบประมาณกำลังคน ขาดเจ้าภาพหลักในการบูรณาการข้อมูลและบังคับใช้กฎหมาย และประเด็นสำคัญคือ ขาดการติดตามเฝ้าระวังความเสี่ยงในระดับพื้นที่จนกระทั่งถึงระดับนโยบายส่วนกลาง ขาดข้อมูลความเสี่ยงที่ส่งไปถึงกลุ่มผู้ขับขี่และผู้เดินทางซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบโดยตรง เพื่อกำหนดมาตรการต่าง ๆ และสร้างวัฒนธรรมการข้ามถนนที่ปลอดภัย

4

ระดับอิทธิพลองค์กร (organization influence) หากพิจารณาถึงความเกี่ยวข้องของหน่วยงานที่มีส่วนรับผิดชอบกับการจัดการทางม้าลายหรือความปลอดภัยของคนเดินทางเฉพาะเรื่องกายภาพ จะเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน ทั้งกรมทางหลวง กรมทางหลวงชนบท องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น หากเป็นเรื่องการกำกับพฤติกรรมการขับขี่ก็เกี่ยวพันไปถึงสำนักงานตำรวจแห่งชาติ (การบังคับใช้กฎหมาย) กรมการขนส่งทางบก (ใบขับขี่) หรือเรื่องการให้ความรู้เพื่อสร้างจิตสำนึกก็ต้องย้อนไปถึงกระทรวงศึกษาธิการ ซึ่งเป็นการทำงานแบบแยกส่วน ขาดการเชื่อมโยงบูรณาการทำงานระหว่างหน่วยงาน เวลาเกิดอุบัติเหตุสำคัญ ทุกหน่วยงานก็จะเข้มงวดเป็นครั้ง ๆ ไป แต่ขาดการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง

สรุปว่า การแก้ปัญหาอุบัติเหตุของการเดินเท้าและการข้ามถนนต้องโยงไปถึงรากปัญหา ต้องมีการจัดระบบความปลอดภัยเชิงระบบ ที่เชื่อมโยงทุกฝ่ายเพื่อลดความผิดพลาดของมนุษย์



เร่งสร้างความปลอดภัยบนทางม้าลายและคนเดินเท้าในไทย

สำหรับประเทศไทย เราต้องตระหนักอยู่เสมอว่า มนุษย์สามารถผิดพลาดได้เสมอ จากแนวคิด **ทฤษฎีเนยแข็ง** ต้องมีระบบที่ป้องกันความผิดพลาดในทุกระดับชั้น เพื่อปิดช่องว่างความเสี่ยง โดยสรุปเป็นแนวทางเร่งด่วนได้ 3 ทาง ดังนี้

1

การจัดการในเชิงกายภาพ เพื่อให้เกิดมาตรฐานทางเดินเท้าและทางข้ามที่ปลอดภัย **ระยะสั้น** ต้องตรวจสอบทางข้ามทุกแห่งเพื่อปรับสภาพให้เกิดความปลอดภัยเพียงพอ อาทิ การมีป้ายสัญญาณไฟ ป้ายเตือนล่วงหน้า ไฟส่องสว่าง ไฟหยุด หรือ โฟนับ (countdown) รวมถึงการออกแบบให้ชะลอความเร็วเมื่อใกล้ถึงทางข้าม ไม่ว่าจะเป็นการตีเส้นให้มีช่องที่แคบลง (traffic calming) หรือการติดตั้งเนินชะลอความเร็ว (ramble strip) ที่ถูกหลักวิศวกรรมความปลอดภัย ในระยะยาว ต้องกำหนด speed zone จำกัดความเร็วจุดที่เกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้ง หรือกำหนดให้ถนนทั้งเส้นมีความเร็วลดลงเหลือ 50-60 กิโลเมตรต่อชั่วโมง

2

การบังคับใช้กฎหมาย ถือเป็นเครื่องมือสำคัญเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะยาวและต่อเนื่อง **ในระยะสั้น** ต้องเพิ่มเครื่องมือเฝ้าระวังและจับตามองในทุกทางข้าม สร้างระบบตรวจจับตลอด 24 ชั่วโมง โดยการนำระบบเทคโนโลยีมากำกับ ทั้งระบบกล้อง CCTV หรือการใช้ระบบ AI ตรวจสอบผู้กระทำความผิดหากมีการฝ่าสัญญาณไฟ หรือไม่ชะลอความเร็ว เพื่อสร้างกระบวนการรับรู้ของผู้ขับขี่ว่าถูกจับตามองอยู่ รวมถึงการมีสัญญาณเตือนเพื่อให้ผู้ขับขี่ชะลอความเร็วในบริเวณทางข้าม เช่น ติดตั้งป้ายเตือน เป็นต้น สิ่งสำคัญที่สุดต้องมีการบังคับใช้กฎหมายที่เข้มข้นและเพิ่มโทษให้รุนแรง โดยเฉพาะกรณีที่มีการชนคนจนบาดเจ็บและเสียชีวิต ควรมีโทษจำคุก ไม่ใช่เพียงแค่ข้อหาการขับรถโดยประมาทหรือรถอาญา เพื่อให้ผู้กระทำความผิดเกิดความเกรงกลัวต่อบทลงโทษตามกฎหมาย **ในระยะยาว** เมื่อมีการนำเทคโนโลยีมากำกับ ต้องมีการจัดการข้อมูลที่ดี มีการวิเคราะห์และเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น เรื่องใบขับขี่ ควรมีการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างสำนักงานตำรวจแห่งชาติ (กรณีออกใบสั่ง) และ กรมการขนส่งทางบก (กรณีตัดแต้ม) เป็นต้น รวมถึงกำหนดเจ้าภาพหลักในการบริหารจัดการ ติดตามประเมินผล ซึ่งปัจจุบันมีกลไกรัฐ คือศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน ควรกำหนดแนวทางในการกำกับติดตาม มีตัวชี้วัด เป้าหมาย พร้อมประเมินผลเพื่อลดผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ และเชื่อมโยงการทำงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ในทุกระดับ

3

การสร้างกระแสสังคมและการสร้างการรับรู้ เมื่อมีการปรับด้านกายภาพ และการบังคับใช้กฎหมาย ขั้นตอนที่ต้องทำควบคู่กันไปคือการสร้างความเข้าใจในข้อกฎหมาย การสร้างกระแสสังคมเพื่อเกาะติดปัญหาและสร้างแรงสะท้อนกลับไปยังระดับนโยบาย รากปัญหาสำคัญในปัจจุบันคือประชาชนยังไม่กล้าลุกขึ้นเพื่อเรียกร้องสิทธิ ความปลอดภัยในการเดินเท้าและทางข้าม เพราะขาดช่องทางในการเสนอแนะความคิดเห็น ดังนั้นต้องให้ประชาชนเข้าใจในสถานการณ์ปัญหา หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องสะท้อนข้อมูล ตัวเลขความเสี่ยงในแต่ละพื้นที่สู่สาธารณะ ซึ่งเป็นการกระตุ้นภาคสังคมให้เริ่มจับตามอง ที่สำคัญต้องวิเคราะห์ให้ถึงรากปัญหา มีผู้รับผิดชอบ ส่งเสริมให้เกิดเครือข่ายเฝ้าระวัง และปรับปรุงพฤติกรรมในระยะยาวได้

ภายหลังอุบัติเหตุของคุณหมอกะต๋าย ได้มีพัฒนาการเรื่องการแก้ปัญหาอุบัติเหตุที่ดีขึ้น โดยระดับนโยบายได้สั่งการให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเร่งตรวจสอบและปรับปรุงทางเท้าทั่วประเทศ สำหรับ กรุงเทพมหานคร ได้ดำเนินการสำรวจทางข้ามกว่า 3,000 จุดทั่วกรุงเทพฯ เพื่อทาสีใหม่ พร้อมปรับปรุงสัญญาณไฟ ป้ายสัญญาณให้ชัดเจนขึ้น โดยเฉพาะจุดเกิดเหตุบริเวณหน้าโรงพยาบาลสถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์ พร้อมติดตั้ง กล้อง CCTV และตรวจจับผู้ฝ่าฝืนเส้นทางข้าม ส่วนในต่างจังหวัด กระทรวงมหาดไทยได้สั่งให้ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนจังหวัด รณรงค์ลดอุบัติเหตุบริเวณทางข้ามระหว่างวันที่ 21-25 กุมภาพันธ์ 2565 เพื่อสร้างจิตสำนึกและบังคับใช้กฎหมายเข้มงวด พร้อมเร่งให้มีการปรับปรุงบริเวณทางข้ามให้มีความปลอดภัยในทุกจังหวัด พร้อมกำหนดให้ทุกวันที่ 21 ของทุกเดือนมีการรณรงค์อย่างต่อเนื่อง⁶ ทำให้มีการเก็บข้อมูลสถานการณ์อุบัติเหตุของแต่ละพื้นที่เพื่อนำมาวิเคราะห์เพิ่มขึ้น ในเวลาต่อมา ที่ประชุมคณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 17 มกราคม 2566 ให้วันที่ 21 มกราคมของทุกปีเป็น “วันความปลอดภัยของผู้ใช้ถนน” ตามที่ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) เสนอ เพื่อกระตุ้นเตือนและ

สร้างความตระหนักในความปลอดภัยของผู้ใช้รถ ใช้ถนน ทุกเพศ ทุกวัย ตลอดจนส่งเสริมและสร้างการรับรู้ให้เกิดเป็นวัฒนธรรมความปลอดภัย มีระเบียบปฏิบัติที่เคร่งครัด โดยมุ่งหวังว่าจะช่วยลดการบาดเจ็บหรือความสูญเสียจากอุบัติเหตุบนท้องถนน รวมทั้งช่วยป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ “รถชนคนข้ามถนนบนทางม้าลาย”⁷

ด้านการรณรงค์ให้ความรู้และบังคับใช้กฎหมาย คณะกรรมการบูรณาการ กู้ชีพฉุกเฉินและความปลอดภัยทางถนน วุฒิสภา ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และเครือข่ายภาคี ได้จัดกิจกรรม **“หยุดสูญเสีย หยุดรถให้คนข้ามทางม้าลาย #ความดีที่คุณทำได้”⁸ เพื่อสร้างจิตสำนึกทั้งผู้ข้ามถนนและผู้ขับขี่ การให้ความรู้ที่ถูกต้องและแนวทางการปฏิบัติเมื่อถึงทางข้าม การให้ความรู้ด้านกฎหมาย รวมถึงการนำเสนอสถิติความรุนแรงของอุบัติเหตุในบริเวณทางข้ามที่สำคัญ โดยจัดให้มีสัญลักษณ์กระต่ายข้ามถนนเพื่อให้เชื่อมโยงไปยังเหตุการณ์ความสูญเสียของคุณหมอกะต่าย ซึ่งช่วยให้การรณรงค์สร้างผลกระทบในวงกว้างได้ และคนข้ามถนนเริ่มทวงถามสิทธิในการใช้ทางและพบเห็นยานพาหนะชนิดต่าง ๆ เริ่มหยุดรถหรือชะลอรถบริเวณทางข้ามเพิ่มมากยิ่งขึ้น** ทั้งนี้ คณะกรรมการบูรณาการกู้ชีพฉุกเฉินและความปลอดภัยทางถนนและภาคีเครือข่ายได้มีความเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องทุกเดือน โดยเน้นการสร้างแนวร่วมกับภาคีทั้งหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง มีการเชื่อมโยงข้อมูล และบทบาทหน้าที่ระหว่างองค์กรต่าง ๆ รวมทั้งการยื่นข้อเสนอให้กรุงเทพฯ ปรับปรุงใน

3 ด้าน คือ ด้านการบริหารจัดการโดยกำหนดให้มีตัวชี้วัดเรื่องความปลอดภัยทางถนนในทุกเขต ด้านมาตรฐานถนนและทางม้าลายที่ปลอดภัย และด้านการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยและความรับผิดชอบร่วมกัน⁹

อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานข้างต้น ทั้งการปรับปรุงสภาพสิ่งแวดล้อม และการรณรงค์ให้เกิดความปลอดภัยในการข้ามถนน ข้างต้น ยังเป็นมาตรการใน **ระยะสั้น** ทุกฝ่ายต้องติดตามประเมินผลการทำงานในแต่ละพื้นที่ในระยะยาว เพราะการสร้างจิตสำนึกให้เกิดขึ้น ต้องเพิ่มประสิทธิภาพของการบังคับใช้กฎหมายและดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และไม่ใช่เฉพาะกับเรื่องทางม้าลาย แต่ควรบังคับกับทุกกรณี ที่ส่งผลต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ไม่ว่าจะเป็นการดื่มแล้วขับ การขับรถด้วยความเร็ว เป็นต้น ซึ่งท้ายที่สุดคำตอบของปัญหานี้ คงไม่อาจรอให้หน่วยงานใดมาแก้ไข แต่ต้องเริ่มต้นจากพวกเราทุกคน ที่ตระหนักถึงสิทธิในการใช้ทางม้าลายและทางเท้าอย่างปลอดภัย ป้องกันไม่ให้ตนเองถูกละเมิด ต้องร่วมเป็นเครือข่ายเฝ้าระวัง ต้องนำบทเรียนที่เกิดขึ้นมาปิดช่องว่างความเสี่ยง ตั้งแต่ด้านพฤติกรรม ด้านกายภาพ ไปถึงการทำงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ภาพที่ 3 : สัญลักษณ์การรณรงค์หยุดสูญเสีย หยุดรถให้คนข้ามทางม้าลาย



สรุป

ปัญหาความปลอดภัยของคนเดินเท้าและผู้ใช้ทางม้าลายเป็นปัญหาสำคัญที่สร้างความสูญเสียให้กับสังคมไทยมาอย่างต่อเนื่องยาวนาน และสร้างความหวาดหวั่นให้กับประชาชนอยู่ทุกเมื่อเชื่อวันเมื่อต้องเดินและข้ามถนนจากการวิเคราะห์ปัจจัยที่นำไปสู่การเกิดอุบัติเหตุ ตั้งแต่ระดับการกระทำที่ไม่ปลอดภัย ระดับสภาพเงื่อนไขที่ไม่ปลอดภัย ระดับการกำกับดูแลที่ไม่ปลอดภัย และระดับอิทธิพลองค์กรก็แสดงให้เห็นถึงหลากหลายสาเหตุของปัญหาในประเทศไทย ตั้งแต่การไม่หยุดรถให้คนข้ามถนน จุดอ่อนด้านกายภาพของถนนและทางข้าม ข้อจำกัดและประสิทธิผลในการบังคับใช้กฎหมาย จนถึงการขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ในการแก้ไขปัญหา เป็นต้น อย่างไรก็ตาม กระแสสังคมในปัจจุบันกำลังขับเคลื่อนให้เกิดการแก้ปัญหาในด้านต่าง ๆ ดังนั้น สังคมไทยจึงควรดำเนินการอย่างเร่งด่วนเพื่อแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบที่ครอบคลุมทั้งมิติด้านกายภาพ การบังคับใช้กฎหมายและสร้างการรับรู้ของสังคมให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ขับขี่และเรียกร้องสิทธิของผู้เดินเท้าและผู้ใช้ทางม้าลาย และเรียนรู้จากบทเรียนที่เกิดขึ้น เพื่อให้การแก้ปัญหาเกิดความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพต่อไป



ที่มา : www.thaihealth.or.th/srnsngc-หยุดสูญเสีย-หยุดรถ

การแก้ไขกฎหมายสุรา : จากร่าง พ.ร.บ. สุราก้าวหน้า สู่การปลดล็อกสุราชุมชน

“แน่นอนว่าการแก้ไขกฎหมายสุราที่ปลดล็อกให้ประชาชนสามารถกลั่นสุราได้เอง เพื่อใช้ในครัวเรือน และส่งเสริมให้กลุ่มผู้ประกอบการผลิตสุรขนาดกลางและขนาดย่อม สามารถเข้าสู่ธุรกิจสุราได้ง่ายขึ้น จะส่งผลให้มีการผลิตและบริโภคสุรามากขึ้น จึงต้องมีมาตรการรองรับเพื่อลดผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในมิติทางสาธารณสุขและสังคมด้วย”

บทนำ

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา มีกระแสเรียกร้องให้มีการแก้ไขกฎหมายและกฎระเบียบที่เกี่ยวกับสุรา เพื่ออนุญาตให้ผู้ผลิตสุรขนาดเล็ก หรือสุราชุมชน สามารถผลิตและจำหน่ายได้ง่ายขึ้น อีกนัยหนึ่ง มีการเรียกร้องให้ยกเลิกการผูกขาดอุตสาหกรรมสุราโดยผู้ผลิตรายใหญ่อย่างต่อเนื่อง โดยในช่วงปี 2558-2560 มีการชุมนุมเรียกร้องของกลุ่มผู้ผลิตสุรากลั่นชุมชน¹ ให้ชะลอการบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับการทำสุราชุมชน ตลอดจนขอแก้ไขกฎหมายให้สุรากลั่นชุมชนสามารถใช้กำลังเครื่องจักรได้เกิน 5 แรงม้า เนื่องจากเจ้าหน้าที่สรรพสามิตพื้นที่ และอุตสาหกรรมจังหวัด แจ้งว่าผู้ผลิตสุรากลั่นชุมชนจำนวนมากมีกำลังการผลิตเกินกว่าที่กฎหมายกำหนด คือมีกำลังเครื่องจักรเกิน 5 แรงม้า และจะพิจารณาระงับหรือเพิกถอนใบอนุญาต ทำให้ผู้ผลิตหลายรายต้องหยุดการผลิตและส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของชุมชน

ต่อมาได้เกิดการขับเคลื่อนของกลุ่มภาคประชาสังคมที่มองว่าการผลิตสุราชุมชนมีข้อจำกัดมากเกินไป เมื่อเทียบกับการผลิตสุราของกลุ่มทุนขนาดใหญ่

โรงงานสุรากลั่นชุมชนในจังหวัดกระบี่



ที่มา : thainews.prd.go.th/th/news/detail/TCATG220314192458784

ไม่กี่รายที่เข้ามาผูกขาดตลาดในประเทศ ในขณะที่สุราชุมชนจำนวนมากไม่น้อยที่เป็นภูมิปัญญาพื้นบ้านและเป็นวัฒนธรรมของชาวภาคเหนือ ภาคอีสาน กลับถูกจำกัดให้ผลิตได้โดยใช้เครื่องจักรไม่เกิน 5 แรงม้า เท่านั้น แม้แต่การรวมกลุ่มเพื่อผลิตคราฟต์เบียร์ (craft beer) ที่เป็นการผลิตเบียร์รายเล็กก็ไม่สามารถทำได้ เพราะต้องไปขอใบอนุญาตจากกรมสรรพสามิต แต่มีเงื่อนไขตามกฎกระทรวงการอนุญาตผลิตสุราปี 2560² ว่า ต้องมีทุนจดทะเบียนไม่ต่ำกว่า 10 ล้านบาท และหากเป็นการผลิตเพื่อขาย ณ สถานที่ผลิต ต้องมีปริมาณการผลิตไม่ต่ำกว่า 1 แกลลอนต่อปี แต่หากบรรจุขวดหรือกระป๋องเพื่อขายนอกสถานที่ (เหมือนเบียร์รายใหญ่) จะต้องผลิตในปริมาณไม่ต่ำกว่า 10 ล้านลิตรต่อปี หรือไม่ต่ำกว่า 33 ล้านขวดต่อปี

ในปี 2562 เกิดการรวมกลุ่มของกลุ่มประชาชนเบียร์ขึ้น นำโดยนายธนากร ท่วมเสงี่ยม³ เพื่อรวบรวมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมาร่วมผลักดันการแก้ไขกฎหมายเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เอื้อต่อผู้ผลิตรายใหญ่แต่ไม่เปิดโอกาสให้ผู้ผลิตรายย่อย มีการเปิดสอนการทำคราฟต์เบียร์ จัดกิจกรรมตามร้านต่าง ๆ ริวิวร้านคราฟต์เบียร์ ริวิวเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ว่าจะเป็นเบียร์ สุรา หรือไวน์ที่ผลิตกันตามหมู่บ้านเล็ก ๆ โดยให้เหตุผลว่า เนื่องจากพวกเขาไม่สามารถทำการตลาดได้อย่างชัดเจนภายใต้ พ.ร.บ. เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 มาตรา 32 การจัดกิจกรรมยังมีจุดประสงค์สำคัญอย่างหนึ่งคือ การรวบรวมรายชื่อให้ได้เกินหนึ่งหมื่นคนเพื่อสนับสนุนข้อเรียกร้องให้แก้ไขกฎหมายดังกล่าว

การเคลื่อนไหวข้างต้น ผนวกกับนโยบายของพรรคการเมืองบางพรรค โดยเฉพาะพรรคก้าวไกล ทำให้มีการผลักดันการแก้ไขกฎหมายสุรา ผ่านร่าง “พ.ร.บ. สุราก้าวหน้า” และสภาผู้แทนราษฎรได้ลงมติรับหลักการในเดือนมิถุนายน 2565 แต่ยังไม่ผ่านการพิจารณาในวาระต่อ ๆ มา นอกจากนี้ ในเดือนพฤศจิกายน 2565 คณะรัฐมนตรีได้อนุมัติหลักการ ร่างกฎกระทรวงการอนุญาตผลิตสุรา พ.ศ. 2565 ขึ้นเป็นการแก้ไข กฎกระทรวงการอนุญาตผลิตสุรา พ.ศ. 2560 เพื่อปลดล็อกการผลิตสุราชุมชนและเบียร์ บทความนี้เป็นกรณีศึกษาถึงโครงสร้างตลาดสุราในไทย พัฒนาการของกฎหมายที่ผ่านมา วิเคราะห์เปรียบเทียบร่าง พ.ร.บ. สุรา และกฎกระทรวงการอนุญาตผลิตสุรา พ.ศ. 2565 และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น

โครงสร้างตลาดสุราในประเทศไทย

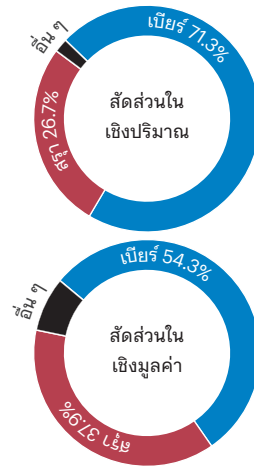
ข้อมูลรายงาน 'แนวโน้มธุรกิจ/อุตสาหกรรมปี 2565-2567 : อุตสาหกรรมเครื่องดื่ม' ของวิจัยกรุงศรี⁴ ให้ข้อมูลว่า ณ ปี 2563 ตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของไทยมีการผลิตคิดเป็นร้อยละ 21 ของปริมาณการผลิตเครื่องดื่มทั้งหมดในประเทศไทย ส่วนในแง่มูลค่านั้น มีมูลค่ารวมประมาณ 473,000 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 64 ของมูลค่าตลาดเครื่องดื่มทั้งหมด ผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีปริมาณการผลิต-การบริโภค และมูลค่าตลาดสูงสุดคือ เบียร์ มีสัดส่วนในเชิงปริมาณร้อยละ 71.3 และในเชิงมูลค่า ร้อยละ 54.3 ของตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งหมด ตามด้วยสุราที่มีสัดส่วนในเชิงปริมาณ ร้อยละ 26.7 และในเชิงมูลค่า ร้อยละ 37.9 ของตลาดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งหมด อุตสาหกรรมเบียร์ในประเทศไทยเกือบทั้งหมดถูกครอบครองโดยผู้ผลิตรายใหญ่สองราย คือ บริษัท บุญรอดบริวเวอรี่ จำกัด ผู้ผลิตเบียร์ยุคแรกเริ่มของไทย มีแบรนด์สำคัญคือ สิงห์ ลิโอ และ My Beer อีกรายคือ บริษัท ไทยเบฟเวอเรจ จำกัด (มหาชน) ที่เข้ามาในภายหลัง แต่เติบโตและขยายธุรกิจอย่างรวดเร็ว มีแบรนด์สำคัญ คือ ช้าง อาชา และ Federbräu (เฟดเดอร์บรอย) ปัจจุบัน ทั้งสองบริษัทมีส่วนแบ่งตลาดรวมกันราวร้อยละ 95 ของปริมาณจำหน่ายเบียร์ในประเทศไทย โดยบุญรอดนำเป็นอันดับที่ 1

สำหรับส่วนแบ่งตลาดการจำหน่าย ซึ่งรวมถึงแบรนด์ที่นำเข้าจากต่างประเทศด้วย ข้อมูลจากการวิจัยตลาดโดย Euromonitor ระบุว่า ตลาดเบียร์ในไทยปี 2563 มีมูลค่าประมาณ 2.6 แสนล้านบาท ผู้นำตลาดคือ บริษัท บุญรอดบริวเวอรี่ จำกัด ครอบครองส่วนแบ่งตลาด ร้อยละ 57.9 ตามมาด้วย บริษัท ไทยเบฟเวอเรจ จำกัด (มหาชน) ครอบครองส่วนแบ่งตลาด ร้อยละ 34.3 และบริษัท ไทย เอเชีย แปซิฟิค บริวเวอรี่ จำกัด ร้อยละ 4.7 หากแบ่งเป็นรายแบรนด์ ลิโอ มีส่วนแบ่งตลาดสูงสุด ร้อยละ 44.8 รองลงมาคือ ช้าง ร้อยละ 31.2 สิงห์ ร้อยละ 11.2 ไฮเนเกน ร้อยละ 3.8 และอาชา ร้อยละ 2.4

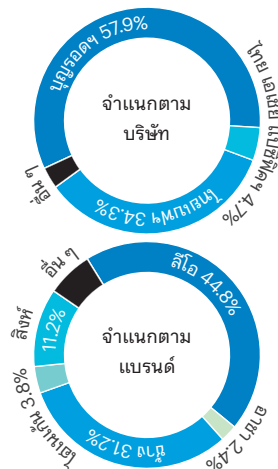
ส่วนอุตสาหกรรมสุรานั้นการแข่งขันน้อยกว่า เพราะข้อจำกัดของกฎหมายทำให้ผู้ผลิตรายใหม่เข้าสู่ธุรกิจยาก และถึงแม้เข้าได้ ก็แข่งขันไม่ได้ ตลาดจึงถูกผูกขาดโดยบริษัท ไทยเบฟเวอเรจ จำกัด (มหาชน) ซึ่งครองส่วนแบ่งตลาดมากกว่าร้อยละ 80 และมีการขยายไลน์ผลิตภัณฑ์ครบวงจร โดยมีโรงงานสุราในเครือ 18 โรง และมีบริษัทในเครือนำเข้าสุราต่างประเทศมาจำหน่าย ทำให้ปัจจุบัน ไทยเบฟเวอเรจมีผลิตภัณฑ์สุราตอบสนองความต้องการของผู้บริโภคทุกระดับกว่า 30 แบรนด์ สำหรับสุราสี มีแบรนด์แม่โขง หงส์ทอง มังกรทอง แสงโสม BLEND และ CROWN99 สำหรับสุราขาว มีแบรนด์รวงข้าว ไผ่ทอง นิยมไทย เสือขาว หมียว มังกรท่าจีน ไชยา เจ้าพระยา พญานาค พญาเสือ และบางยี่ขัน และสุราผสม มีแบรนด์เสือดำ และเชียงซุน

ทั้งนี้ ตลาดการจำหน่ายสุราปี 2563 มีมูลค่ารวม 1.8 แสนล้านบาท ผู้นำตลาดคือ บริษัท ไทยเบฟเวอเรจ จำกัด (มหาชน) ที่ครองส่วนแบ่งอยู่ร้อยละ 59.5 ตามมาด้วย บริษัท ดิวาจิโอ โมเอทา เฮนเนสซี่ (ประเทศไทย) ครอบครองร้อยละ 8.0 บริษัท ริเจเนซี่ บรันดีไทย จำกัด ครอบครองร้อยละ 4.4 และบริษัทอื่นๆ ร้อยละ 28.1 หากแบ่งเป็นรายแบรนด์ พบว่า สุรากลั่นชุมชน 'รวงข้าว' มีส่วนแบ่งตลาดสูงสุด ร้อยละ 30.9 ตามด้วยสุรากลั่นสี 'หงษ์ทอง' ร้อยละ 11.4 สุรากลั่นสี 'เบลนด์ 285' ร้อยละ 11.2 สุรากลั่นสี 'ริเจเนซี่' ร้อยละ 3.6 สุรากลั่นสี 'แสงโสม' ร้อยละ 3.0 และสุรากลั่นสี 'แม่โขง' ร้อยละ 2.5

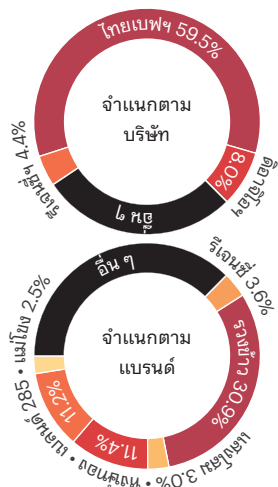
ส่วนแบ่งประเภทผลิตภัณฑ์เครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ที่ผลิต-บริโภค



ส่วนแบ่งตลาดเบียร์ปี 2563



ส่วนแบ่งตลาดสุราปี 2563

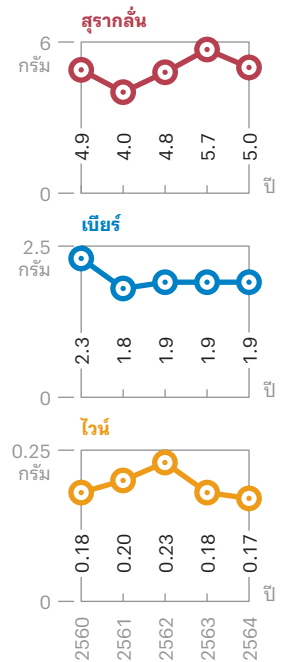


พฤติกรรมการใช้สารของไทย

ข้อมูลของ กรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง และกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รายงาน **สถิติการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ย้อนหลังของคนไทย**⁵ พบว่า คนไทยบริโภคสุรากลั่นเป็นเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุด โดยในปี 2560 มีการดื่มเฉลี่ย 4.9 กรัมต่อคนต่อปี และอยู่ในระดับทรงตัว คือ 4.0, 4.8, 5.7 และ 5.0 กรัมต่อหัวประชากรรายปีจนถึงปี 2564 ตามลำดับ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่คนไทยดื่มรองลงมา คือ เบียร์ โดยมีแนวโน้มลดลงและอยู่ในระดับคงที่ คือ 2.3, 1.8, 1.9, 1.9, และ 1.9 กรัมต่อหัวประชากรรายปี ตั้งแต่ปี 2560-2564 ส่วนการดื่มไวน์ของคนไทยนั้น อยู่ในระดับทรงตัว คือ 0.18, 0.20, 0.23, 0.18 และ 0.17 กรัมต่อหัวประชากรรายปี ตั้งแต่ปี 2560-2564

นอกจากนี้ ยังมีจุดที่น่าสนใจคือ นักดื่มหน้าใหม่ในปี 2564 เพิ่มขึ้นเป็นเท่าตัวจากปี 2560 จากร้อยละ 3 เป็นร้อยละ 6 โดยปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อหัวของไทยสูงเป็นอันดับต้น ๆ ในภูมิภาคอาเซียน แต่อัตราการเติบโตเฉลี่ยไม่สูงนัก โดยเฉพาะในช่วงที่เกิดการระบาดของโควิด-19 ทำให้ตลาดหดตัวในปี 2563 และชะลอตัวต่อเนื่องในปี 2564 ส่วนในปี 2565 มีแนวโน้มฟื้นตัวขึ้น

ข้อมูลจากศูนย์วิชาการความปลอดภัยทางถนนในช่วงเทศกาลปีใหม่ 2564 พบว่า แอลกอฮอล์เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้มีผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิตมากถึง 5,387 คน มากกว่าปี 2563 ถึงร้อยละ 17 และข้อมูลระหว่างปี 2550-2564 คนไทยมีพฤติกรรมดื่มประจำถึงร้อยละ 44 ในจำนวนนี้ กว่า 1 ใน 3 หรือร้อยละ 36 ดื่มหนัก และมีพฤติกรรมการดื่มแล้วขับสูงถึงร้อยละ 31 อันเป็นสาเหตุอันดับต้น ๆ ที่ทำให้คนไทยเสียชีวิต



พัฒนาการของกฎหมายสุราในไทย

การควบคุมสุราของไทยมีมาตั้งแต่สมัยสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลก (รัชกาลที่ 1) ดังปรากฏใน กฎหมายตราสามดวง มีการออกกฎหมายเรื่องน้ำสุรา พ.ศ. 2329⁶ ห้ามราษฎรต้มกลั่นสุราโดยมิได้รับอนุญาต เพื่อการจัดเก็บรายได้ให้รัฐและการปราบปรามสุราเถื่อน โดยให้เอกชนประมูลสิทธิในการผูกขาดการผลิตจำหน่าย มีการสร้างโรงงานสุราบางยี่ขัน ซึ่งเป็นโรงต้มกลั่นสุราของรัฐบาลแห่งแรกขึ้น โดยให้เอกชนประมูลเข้ามาดำเนินการ และนับตั้งแต่สมัยรัชกาลที่ 2 เป็นต้นมาการเก็บอากรสุราได้กลายเป็นรายได้ที่สำคัญของประเทศ

กระทั่งในช่วงปลายรัชกาลที่ 5 รัฐบาลได้เริ่มใช้นโยบายใหม่ คือยกเลิกการให้สิทธิผูกขาดแก่นายอากร ในปี 2452 โดยรัฐทำการจัดเก็บภาษีสุราเองเป็นรายมณฑล โดยให้สมุหเทศาภิบาล

เป็นผู้อำนวยความสะดวกเก็บภาษีและออกใบอนุญาตต้มกลั่นสุรา นอกจากนี้ยังสนับสนุนให้บุคคลผู้มีอิทธิพลตามท้องถิ่นเข้ามาเป็นผู้รับอนุญาตต้มกลั่น เพื่อปราบสุราเถื่อน ทำให้รัฐมีรายได้เพิ่มขึ้นอย่างมาก

ในปี 2493 รัฐบาลได้เข้ามามีบทบาทในการผลิตสุราอย่างจริงจัง ผ่าน พ.ร.บ. สุรา พ.ศ. 2493⁷ โดยกำหนดเงื่อนไขการผลิตและจำหน่ายสุรา โดย พ.ร.บ. ดังกล่าวเป็นกฎหมายแม่ ที่ตามมาด้วยกฎกระทรวงและประกาศกระทรวง มีการอนุญาตให้กลุ่มทุนขนาดใหญ่เข้ามาผลิตสุราได้ ทั้งกลุ่มไทยเบฟ⁸ และโรงงานสุราอื่นนับร้อยบริษัท มีการกำหนดให้ต้องเสียภาษีโดยปิดอากรแสตมป์ที่ภาษนะ

จากนั้น มีกฎเกณฑ์ตามมาที่คุมเข้มมากขึ้น โดยเฉพาะในปี 2542 ได้ออกประกาศกระทรวงอุตสาหกรรม และกระทรวงการคลัง กำหนดเงื่อนไขการผลิตสุรากลั่นขึ้น⁹ และถูกมองว่าเป็นเงื่อนไขกีดกันผู้ผลิตรายใหม่ไม่ให้เข้าแข่งขันกับผู้ผลิตสุรารายเก่าอย่างเสรีและเป็นธรรม เช่น กำหนดเงื่อนไขให้ผู้ผลิตต้องมีขนาดกำลังการผลิตขั้นต่ำ 9 หมื่นลิตรต่อวัน

2329

2493

2542

2452

มีพื้นที่ติดต่อกันไม่น้อยกว่า 350 ไร่ และต้องตั้งอยู่ห่างจากแม่น้ำลำคลองสาธารณะในระยะ 2 กิโลเมตร ซึ่งเงื่อนไขดังกล่าว ถูกมองว่าเป็นการเอื้อนายทุนขนาดใหญ่อย่างชัดเจน

ต่อมาในปี 2560 มีการตรา พ.ร.บ. ภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 ขึ้น¹⁰ เป็นกฎหมายที่ดูแลโดยกรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง เพื่อรวบรวมกฎหมายเกี่ยวกับเงื่อนไขการผลิตสุรารวมถึง พ.ร.บ. สุรา เข้าเป็นฉบับเดียวกัน ในชื่อ พ.ร.บ. ภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 มีการกำหนดเรื่องการขออนุญาตผลิตหรือมีเครื่องกลั่น การขออนุญาตนำเข้า การขออนุญาตจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเรียกเก็บภาษี ส่วนการกำหนดเงื่อนไขการผลิตสุรา ให้อำนาจรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง เป็นผู้กำหนดผ่านกฎกระทรวงการคลังแทน เพื่อให้การปรับแก้เงื่อนไขทำได้ง่ายขึ้น โดยกฎกระทรวงการอนุญาตผลิตสุรา พ.ศ. 2560 ที่ออกมาตาม พ.ร.บ. ภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 ได้กำหนดเงื่อนไขการผลิตเบียร์และสุราที่ไม่เอื้อต่อผู้ผลิตระดับชุมชน จนเกิดกระแสความเคลื่อนไหวเพื่อแก้กฎหมายสุราในช่วงหลายปีที่ผ่านมา

นายเท่าพิภพ ลิ้มจิตรกร ส.ส. พรรคก้าวไกล เป็นหนึ่งในบุคคลที่เข้าสู่วงการการเมืองเพื่อผลักดันให้มีการแก้ไขกฎหมายสุรา เนื่องจากเคยถูกดำเนินคดีจากการทำควาท์เบียร์ผิดกฎหมาย เมื่อปี 2560¹¹ โดยพรรคก้าวไกลได้ผลักดันการแก้ไขร่างพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต ขึ้น หรือที่เรียกในนามพรรคก้าวไกลว่า “ร่าง พ.ร.บ. สุราก้าวหน้า” โดยให้เหตุผลว่า เพื่อลดข้อจำกัดในการผลิตสุรารวมชน เพิ่มทางเลือกให้กับผู้บริโภค ลดการผูกขาดจากกลุ่มทุน ซึ่งพรรคก้าวไกลได้เสนอร่างกฎหมายดังกล่าวเข้าสู่ที่ประชุมสภาผู้แทนราษฎร เมื่อวันที่ 8 มิถุนายน 2565¹² และสภาผู้แทนราษฎรได้มีมติรับหลักการ 178 เสียงต่อ 137 เสียง ทำให้ผ่านวาระแรกไปสู่ขั้นกรรมาธิการได้ โดยมีกำหนดพิจารณาในวาระที่ 2 และ 3 ในวันที่ 2 พฤศจิกายน 2565

ต่อมาได้มีการเปลี่ยนท่าทีทางการเมืองของพรรคการเมืองต่าง ๆ โดยพรรคการเมืองฝ่ายรัฐบาลต้องการดึงกระแสความนิยมจากกลุ่มผู้ผลิตสุรารวมชน ก่อนที่สภาผู้แทนราษฎรจะพิจารณาลงมติเพียง 1 วันที่ประชุมคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน 2565 ได้มีมติเห็นชอบร่างกฎกระทรวงการอนุญาตผลิตสุรา ซึ่งเป็นการแก้ไขรายละเอียดข้อจำกัดการผลิตสุรารวมชน ทำให้ไม่มีความจำเป็นต้องแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิตตาม “ร่าง พ.ร.บ. สุราก้าวหน้า”¹³ ถือ

เป็นการแก้ไขกฎหมายเพื่อตัดหน้าร่างกฎหมายที่กำลังจะเข้าสู่การพิจารณาเห็นชอบในสภาฯ ด้วยเหตุนี้ ในการประชุมสภาผู้แทนราษฎร เมื่อวันที่ 2 พฤศจิกายน 2565 สภาผู้แทนราษฎรจึงได้ลงมติคว่ำร่างพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต (ฉบับที่ ...) พ.ศ. ... หรือ พ.ร.บ. สุราก้าวหน้า ในวาระ 2-3 ด้วยคะแนนเสียงไม่เห็นด้วย 196 เสียง ต่อ 194 เสียง งดออกเสียง 15 เสียง

กฎกระทรวงการอนุญาตผลิตสุรา 2565 มีสาระสำคัญ คือ

1 ยกเลิกการกำหนดจำนวนทุนจดทะเบียนสำหรับผู้ขออนุญาตผลิตสุราแข่งขันดเบียร์ ซึ่งกำหนดไว้ไม่น้อยกว่า 10 ล้านบาท เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้กลุ่มผู้ประกอบการผลิตสุรขนาดกลางและขนาดย่อมสามารถเข้าสู่ธุรกิจเกี่ยวกับการผลิตสุราแข่งขันดเบียร์

2 ยกเลิกการกำหนดกำลังการผลิตขั้นต่ำของโรงงานอุตสาหกรรมสุราแข่งขันดเบียร์ ระหว่าง 1 แสน ถึง 1 ล้านลิตรต่อปี

3 ให้ผู้ผลิตสุรารวมชนที่ได้รับใบอนุญาตผลิตสุรามาแล้วไม่น้อยกว่าหนึ่งปี สามารถขออนุญาตเป็นโรงงานอุตสาหกรรมสุราที่มีกำลังการผลิตสูงกว่าห้าแรงแม่แต่ไม่เกินห้าสิบลแรงแม่ได้

4 ปรับปรุงขั้นตอนและวิธีการในการขออนุญาตผลิตสุราให้สามารถยื่นคำขอผ่านช่องทางต่าง ๆ รวมทั้งขออนุญาตผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ได้

5 กำหนดบทเฉพาะกาลสำหรับผู้ได้รับใบอนุญาตตามกฎกระทรวงการอนุญาตผลิตสุรา พ.ศ. 2560 ให้สามารถผลิตสุราต่อไปได้ตามเงื่อนไขที่ได้รับอนุญาตไว้

เมื่อเปรียบเทียบกฎกระทรวงการอนุญาตผลิตสุรา พ.ศ. 2565 กับเนื้อหาของร่าง พ.ร.บ. ภาษีสรรพสามิต หรือร่าง พ.ร.บ. สุราก้าวหน้า ที่พรรคก้าวไกลเสนอ พบว่า มีส่วนที่คล้ายคลึงกัน เช่น การไม่กำหนดทุนจดทะเบียนขั้นต่ำของบริษัทที่ขอผลิตสุราและโรงเบียร์ การไม่กำหนดกำลังผลิตขั้นต่ำ

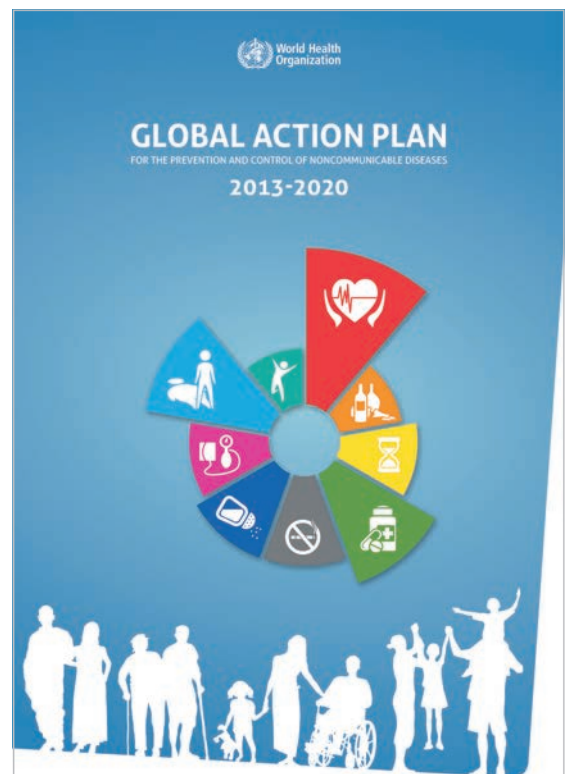
ทั้งการผลิตสุรา และโรงเบียร์ แต่ส่วนที่แตกต่างและเป็นเงื่อนไขสำคัญ คือ การกำหนดแรงม้า จำนวนคนงานในการผลิตสุรา ซึ่งฉบับสุราก้าวหน้า ไม่มีการกำหนดข้อจำกัดอัตราแรงม้าและจำนวนคนงานไว้ แต่กฎกระทรวงการอนุญาตผลิตสุรา พ.ศ. 2565 ยังคงสุราชุมชนประเภท 5 แรงม้าไว้ แต่เพิ่มประเภทไม่เกิน 50 แรงม้า โดยมีข้อกำหนดเรื่องสิ่งแวดล้อมและสาธารณสุข ส่วนโรงงานผลิตสุราขายยังต้องมีกำลังผลิตขั้นต่ำ 9 หมื่นลิตรต่อวัน ส่วนโรงงานผลิตวิสกี้บรันดี และยีน ยังต้องมีกำลังผลิต 3 หมื่นลิตรต่อวัน ซึ่งต่างจากฉบับสุราก้าวหน้า ที่ไม่จำกัดกำลังผลิตขั้นต่ำไว้ไม่ว่าจะเป็นสุราประเภทใดก็ตาม นอกจากนี้การขอผลิตสุราไว้ในครัวเรือน โดยที่ไม่ใช่เพื่อขาย รัฐบาลกำหนดเงื่อนไขให้ทำได้ไม่เกิน 200 ลิตร/ปี ขณะที่ฉบับสุราก้าวหน้า ไม่ได้จำกัดปริมาณการผลิตไว้

ทั้งนี้ นายพิธา ลิ้มเจริญรัตน์ หัวหน้าพรรคก้าวไกล เห็นว่ามติคณะรัฐมนตรีดังกล่าวไม่เข้าใจจุดประสงค์ของ ร่าง พ.ร.บ. สรรพสามิตฯ หรือร่าง พ.ร.บ. สุราก้าวหน้าอย่างแท้จริง¹⁴ ไม่ได้ทำเพื่อช่วยเหลือผู้ผลิตรายย่อยโดยลดเงื่อนไขลง แต่เพิ่มข้อจำกัดซึ่งเมื่อดูรายละเอียด มีการปลดล็อกกำลังการผลิตจริง แต่ก็มีมาตรการเรื่องระเบียบต่าง ๆ เพิ่มขึ้นมา โดยเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับกรมโรงงาน เช่น กรณีโรงอุตสาหกรรมสุราเช่นชนิดเบียร์ประเภทผลิตเพื่อขาย ณ สถานที่ผลิต หรือที่เราเรียกกันว่าบรีฟพับ (brew-pub) กฎกระทรวงฉบับใหม่ กำหนดให้ต้องเป็นโรงงานตามกฎหมายว่าด้วยโรงงาน คือจะต้องมีเครื่องจักรมากกว่า 50 แรงม้า หรือคนงานมากกว่า 50 คน ทั้งที่แต่เดิมบรีฟพับขนาดเล็กไม่เข้าข่ายเป็นโรงงานอยู่แล้ว ไม่จำเป็นต้องขอใบอนุญาตประกอบกิจการโรงงาน (ใบ รง.๔) ทำให้เกิดปัญหาในทางปฏิบัติที่บรีฟพับขนาดเล็กที่มีเครื่องจักรจำนวนไม่มาก ไม่สามารถขออนุญาตได้

ในทางตรงกันข้าม การแก้ไขกฎหมายสุรา ได้รับการคัดค้านจากภาคประชาสังคมด้วยเช่นกัน เช่น กลุ่มที่เกี่ยวข้องกับหลักศาสนา ซึ่งมีความเห็นคัดค้านการปลดล็อกกัญชา และกัญชงไปก่อนหน้านี้ เช่น นายขจิตดริ บินเซ็น นายกสมาคมสมาพันธ์โรงเรียนเอกชนภาคใต้ และ นายชูการ์โน มะทา ส.ส. ยะลา พรรคประชาชาติ¹⁵ แสดงความเห็นคัดค้านระหว่างการพิจารณาร่าง พ.ร.บ. สุราก้าวหน้าในชั้นกรรมาธิการ ว่าการปลดล็อกสุราชุมชน และการปลดล็อกกัญชากัญชง มีผลกระทบต่อพี่น้องประชาชนที่นับถือศาสนาอิสลาม โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาคมสมาพันธ์โรงเรียนเอกชนภาคใต้ ซึ่งมีบุคลากรประมาณ 8 หมื่นคน มีนักเรียนทั้งหมดในภาคใต้ราว 5 แสนคน ซึ่งได้ร่วมกันรณรงค์คัดค้าน โดยนายชูการ์โน กล่าวว่า “ผมและ ส.ส. พรรคประชาชาติ ได้ทำหน้าที่ในสภาผู้แทนราษฎรในการคัดค้านกฎหมายทั้ง 3 ฉบับแล้ว ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่าในสภาผู้แทนราษฎรนั้น ไม่สามารถที่จะต้านแรงสนับสนุนเสียงข้างมากได้ แต่ทางพรรคประชาชาติก็รู้สึกดีใจที่ได้ทำหน้าที่เป็นตัวแทนของพี่น้องคนไทยที่นับถือศาสนาอิสลามในการคัดค้านกฎหมายที่กระทบกับหลักการศาสนาอิสลามอย่างเต็มที่แล้ว”¹⁶

ผลกระทบทางสุขภาพ

แน่นอนว่าการแก้ไขกฎหมายสุราที่ปลดล็อกให้ประชาชนสามารถกลั่นสุราได้เองเพื่อใช้ในครัวเรือน และส่งเสริมให้กลุ่มผู้ประกอบการผลิตสุรา ขนาดกลางและขนาดย่อมสามารถเข้าสู่ธุรกิจสุราได้ง่ายขึ้น จะส่งผลให้มีการผลิตและบริโภคสุรามากขึ้น นายชูวิทย์ จันทร์สุรกุล ประธานงานเครือข่ายรณรงค์ป้องกันภัยแอลกอฮอล์กล่าวว่า เมื่อผลิตมาก ขายมาก ย่อมมีอัตราการดื่มมาก และผลกระทบย่อมมากตามไปด้วย “ในระดับโลกพบว่าทุกปีมีผู้เสียชีวิตจากแอลกอฮอล์มากกว่า 3 ล้านคน ขณะที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดเป้าหมายเรื่อง NCDs Global Action Plan 2025 ให้ทุกประเทศลดปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 10 โดยกำหนดตัวชี้วัดให้ลดความชุกของการดื่มต่อประชากร ลดสัดส่วนการเสียชีวิตจากแอลกอฮอล์ต่อประชากร เป็นต้น ส่วนประเทศไทยพบผู้ป่วยโรค NCDs จำนวนมาก และเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งในการเสียชีวิตของคนไทย โดยพบว่าโรคมะเร็ง หลอดเลือดในสมอง หัวใจขาดเลือด เบาหวาน ทำให้มีผู้เสียชีวิตรวมกว่า 1 แสน 5 หมื่นราย ซึ่งโรคเหล่านี้มีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยร่วมที่สำคัญของการเสียชีวิต” นายชูวิทย์ กล่าว¹⁷



แผน Global NCD Action Plan 2013-2020 โดยองค์การอนามัยโลก

ที่มา : who.int/publications/item/9789241506236

สรุป

ด้านนายคาร์ณ ชูเดชา ผู้ประสานงานเครือข่ายเฝ้าระวังธุรกิจสุรากล่าวว่าการปลดล็อกสุรา ต้องมีมาตรการรองรับเพื่อลดผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในมิติทางสาธารณสุขและสังคมด้วย เพื่อให้เกิดความสมดุล ไม่ใช่มองแต่ในทางเศรษฐกิจด้านเดียว “ผมเสนอว่าเมื่อแก้ไขหลักเกณฑ์การผลิตแล้ว ควรมีการกำหนดหลักเกณฑ์ความรับผิดชอบของผู้ผลิต ผู้ขาย ผู้บริการ ต่อสังคมด้วย เช่น การเพิ่มราคาใบอนุญาตผู้ผลิตตามกำลังผลิต ตามหลักการผลิตมากจ่ายมาก ผลิตน้อยจ่ายน้อย หรือใบอนุญาตขายก็ควรมีการฝึกอบรมพนักงานขาย และควรมีการรับรองใบอนุญาตพนักงานขาย เพื่อให้พนักงานมีความรู้ความเข้าใจกฎหมาย และบริการต่อผู้บริโภคได้อย่างปลอดภัย ไม่ใช่คนเมาแค่ไหนก็ไม่สนใจ ไม่ประเมิน ยังขายให้อีกทั้งที่มีกฎหมายห้ามไว้อยู่แล้วแต่ไม่สนใจ สุดท้ายก็นำไปสู่ปัญหาเมาแล้วขับ เจ็บ ตาย พิการ หรือการขาดสติไปกระทำกรอื่น ๆ ที่ไม่เหมาะสมและผิดกฎหมายนำมาซึ่งความสูญเสียได้” นายคาร์ณฯ กล่าว¹⁸

นอกจากนี้ ยังมีข้อกังวลเกี่ยวกับคุณภาพการผลิต ที่อาจส่งผลต่อสุขภาพได้ หากการผลิตสุราไว้บริโภคเองไม่ได้มาตรฐาน ข้อมูลจากกรมควบคุมโรคพบว่า¹⁹ ตั้งแต่ปี 2551–2562 พบผู้ป่วยจากการดื่มเหล้าที่กลั่นเอง หรือเหล้าเถื่อน ทั้งหมด 573 ราย และเป็นผู้ป่วยที่ได้รับพิษจากเมทานอลมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากสุราเถื่อนส่วนใหญ่เกิดจากการที่ผู้ผลิตต้มและกลั่นเองโดยไม่มีมาตรฐาน พบป่วยในยาดองเหล้า ซึ่งอาจนำสารแปลกปลอมมาผสมเพื่ออ้างสรรพคุณด้านชูกำลัง หรือเสริมสมรรถนะทางเพศ อาทิ พิษจากสัตว์มีพิษ เช่น แมงป่อง สารเคมีกำจัดวัชพืช สารเคมีกำจัดแมลง ผงซักฟอก หากมีการผสมแอลกอฮอล์ชนิดที่เป็นพิษ (ราคาต้นทุนต่ำ) คือ “เมทิลแอลกอฮอล์” หรือ “เมทานอล” ซึ่งอาจทำให้ตาบอดหรือเสียชีวิตได้ ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคและภาวะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ เช่น ภาวะสุราเป็นพิษ โรคตับ และโรคมะเร็ง โดยพบจังหวัดที่มีสัดส่วนการดื่มสุราที่ไม่เสียภาษี เช่น เหล้าเถื่อน เหล้าต้ม และเหล้าชุมชน ในอัตราสูงที่ภาคเหนือ โดยเฉพาะจังหวัดแพร่ (ร้อยละ 43.2)

ข้อมูลจากรายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รายจังหวัด ปี 2564²⁰ ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

กฎกระทรวงการอนุญาตผลิตสุรา พ.ศ. 2565 และร่าง พ.ร.บ. สุราก้าวหน้า ที่เสนอโดยพรรคก้าวไกล มีวัตถุประสงค์เพื่อปลดล็อกสุราชุมชน เป็นการลดกระแสเรียกร้องให้คลายปมเรื่องการผูกขาดการผลิตและจำหน่ายสุราโดยกลุ่มทุนขนาดใหญ่ การแก้ไขกฎหมายดังกล่าวให้ความสำคัญกับเป้าหมายทางเศรษฐกิจโดยเปิดพื้นที่ให้ผู้ผลิตสุรารายย่อยมากขึ้น และเกิดกิจกรรมทางเศรษฐกิจในชุมชน นอกจากนี้ในมิติทางการเมือง การปลดล็อกสุราชุมชนยังถูกมองว่าเป็นการสร้างคะแนนนิยมในพื้นที่ภาคเหนือ และภาคอีสาน แต่การแก้ไขกฎหมายสุราดังกล่าว โดยไม่ได้มีเงื่อนไขหรือมาตรการรองรับเพื่อลดผลกระทบด้านสุขภาพของประชาชนจากการปลดล็อกดังกล่าว คล้ายกันกับการปลดล็อกกัญชาเสรี ที่ให้อนุญาตก่อนที่จะออก พ.ร.บ. กัญชา เพื่อกำหนดเงื่อนไขต่าง ๆ และมาตรการควบคุมก่อน แต่เนื่องจากผลกระทบที่เกิดจากสุราทั้งปัญหาการเมาแล้วขับ ปัญหาอาชญากรรม ปัญหาทางสุขภาพ จึงจำเป็นต้องหยิบยกข้อกังวลเหล่านี้มาหารือและกำหนดแนวทางรับมือไว้ล่วงหน้า ตลอดจนปรับปรุงกฎหมาย กฎระเบียบ รวมทั้งนโยบายควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ด้วย และที่สำคัญคือการสร้างองค์ความรู้ และรณรงค์ให้คนในพื้นที่และชุมชนต่าง ๆ ตระหนักถึงพิษภัยของแอลกอฮอล์ และลดการบริโภคแอลกอฮอล์ลง ป้องกันไม่ให้ผู้ผลิตสุราทั้งรายเล็ก รายใหญ่ชักนำให้ผู้บริโภคในท้องถิ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มเยาวชน และนักเรียนนักศึกษาที่เป็นกลุ่มเปราะบางหันมาบริโภคแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น



ระบบบริการสาธารณสุขในกรุงเทพฯ กับการปฏิรูประบบปฐมภูมิ

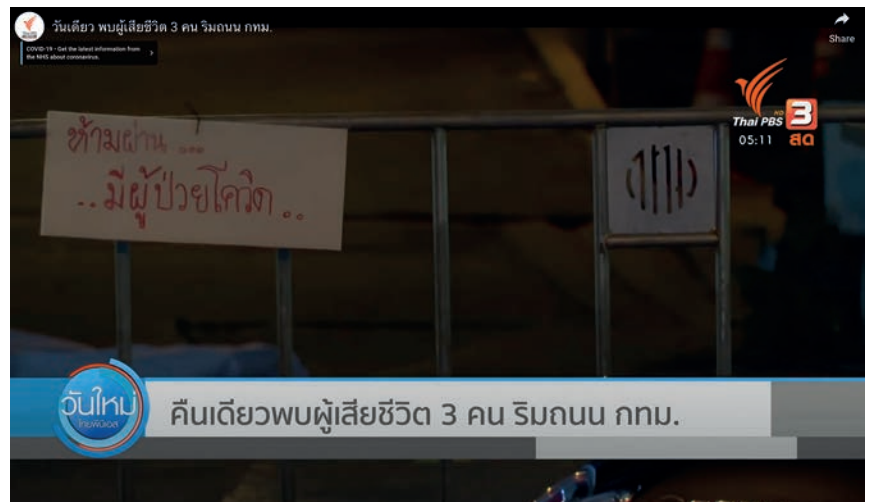
บทเรียนจากอดีตจนถึงปัจจุบัน ชี้ให้เห็นความจำเป็นที่จะต้อง
เสริมสร้างระบบบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในกรุงเทพมหานครให้มีความเข้มแข็ง
เปรียบเหมือนการเสริมฐานให้มั่นคง
พร้อมรับมือกับภัยคุกคามสุขภาพต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตลอดเวลา

บทนำ

ภาพผู้ป่วยโควิด-19 นอนเสียชีวิตบนถนนนานราว 6 ชั่วโมง ก่อนที่จะได้รับการช่วยเหลือ บริเวณตรอกบ้านพานถมตรงข้ามวัดบวรนิเวศวิหาร กรุงเทพฯ เมื่อเดือนกรกฎาคม 2564¹ และข่าวผู้ป่วยโควิด-19 เสียชีวิตคาบ้านจำนวนมากหลายรายในพื้นที่กรุงเทพฯ ในช่วงปี 2563-2564 จากการไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านการแพทย์ได้อย่างทันที่วงที่ สะท้อนถึงปัญหาของระบบบริการสาธารณสุขของกรุงเทพฯ ที่ไม่เพียงพอและไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะการให้บริการในระดับปฐมภูมิ ทำให้ไม่สามารถรับมือกับวิกฤตด้านสาธารณสุขได้ แม้ว่า กรุงเทพฯ จะเป็นเมืองหลวงที่มีความเจริญมั่งคั่ง และเป็นเมืองที่มีโครงสร้างพื้นฐานดีที่สุดในประเทศ แต่ระบบบริการสาธารณสุขของกรุงเทพฯ กลับไม่ได้รับการพัฒนาเท่าที่ควร บทความนี้เป็นกรอกรายถึงระบบบริการ พัฒนาการของระบบบริการสาธารณสุขของกรุงเทพฯ การปฏิรูประบบบริการขั้นปฐมภูมิ รวมทั้งข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

กรุงเทพมหานคร เป็นเมืองหลวงและเป็นจังหวัดที่ประชากรหนาแน่นที่สุดในประเทศ ติดอันดับที่ 13 ของโลก โดยเป็นเขตการปกครองท้องถิ่นรูปแบบพิเศษภายใต้พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2528 กรุงเทพฯ เป็นมหานคร (megacity) ที่มี

ภาพข่าวโดยไทยพีบีเอส เมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 2564 ซึ่งพบผู้เสียชีวิต 3 คน ริมถนนในพื้นที่กรุงเทพฯ บริเวณใกล้วัดบวรนิเวศราชวรวิหาร



ที่มา : youtu.be/2hM78T2ssDY

จำนวนประชากรกว่า 10 ล้านคน โดยเป็นมหานครขนาดใหญ่ลำดับที่ 21 จากจำนวนทั้งหมด 36 มหานครทั่วโลก ปัจจุบันแบ่งเขตปกครองเป็น 50 เขต มีประชากรรวม 15.4 ล้านคน² (ทั้งที่มีและไม่มีทะเบียนบ้านอยู่ในกรุงเทพฯ) พื้นที่มีลักษณะเป็นทั้งสังคมเมืองและสังคมกึ่งชนบท ด้วยวิถีชีวิตแบบสังคมเมืองนั้นมักจะมีลักษณะเฉพาะตัวที่ประชาชนมีความตระหนักรู้และตื่นตัวเรื่องสิทธิและมีความรู้ทางสังคมสูง แต่กรุงเทพฯ ยังมีปัญหาเรื่องความเหลื่อมล้ำสูงทั้งด้านสถานภาพทางเศรษฐกิจ สังคมและการศึกษา รวมถึงการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอนามัย โดยเฉพาะการเข้าถึงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคพื้นฐานของคนบางกลุ่ม ทำให้เกิดโรคระบาดขึ้นเป็นครั้งคราว อีกทั้งมีข้อจำกัดของระบบบริการสาธารณสุขที่ยังไม่เพียงพอ และยังไม่ได้ประสิทธิภาพตามเป้าหมาย โดยเฉพาะบริการด้านปฐมภูมิ ดังจะเห็นได้จากประสบการณ์ในช่วงการระบาดของโควิด-19 ที่ประชากรของกรุงเทพฯ ประสบวิกฤตในหลายด้าน ตั้งแต่การเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองโรค การจัดหาอุปกรณ์ป้องกันตัวและยามาตรฐานที่จำเป็นในการรักษา การเข้าถึงการตรวจรักษาในโรงพยาบาล การเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรค เป็นต้น ซึ่งสะท้อนถึงปัญหาการเข้าถึงบริการ ความไม่พอเพียง ความไม่ครอบคลุม และคุณภาพของการให้บริการทั้งสิ้น^{3,4}

ระบบบริการสาธารณสุขของกรุงเทพฯ

กรุงเทพฯ มีระบบบริการสาธารณสุขตั้งแต่การบริการระดับพื้นฐานไปจนถึงระดับที่ซับซ้อน โดยมีสำนักงานแพทย์ ดูแลระบบบริการตั้งแต่ระดับพื้นฐานจนถึงระดับซับซ้อน ประกอบไปด้วยการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การศึกษาและฝึกอบรม และการพยาบาล ในขณะที่สำนักงานมัยนั้น ดูแลรับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขโดยเน้นที่ระดับพื้นฐานหรือระดับปฐมภูมิ นอกจากภาครัฐแล้ว ระบบบริการสุขภาพในกรุงเทพมหานครยังมีผู้ให้บริการภาคเอกชนจำนวนมาก โดยพื้นที่กรุงเทพฯ มีเตียงผู้ป่วยทั้งหมด 31,623 เตียง ในเดือนมกราคม 2558 โดยกว่าครึ่งเป็นการให้บริการสุขภาพของรัฐ (เป็นของรัฐรวมทุกสังกัด ร้อยละ 56) โดยโรงพยาบาลทั้งหมด 42 แห่ง เป็นของรัฐ ทั้งนี้มีโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร จำนวนทั้งสิ้น 11 แห่ง ซึ่งมีจำนวนเตียงผู้ป่วยเพียง 2,549 เตียง และมีศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร หรือ ศูนย์เอราวัณ ซึ่งรับแจ้งเหตุ สั่งการ ให้คำปรึกษาแนะนำด้านปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน ผ่านช่องทางโทรศัพท์หมายเลข 1669⁵ สำหรับสถานบริการระดับปฐมภูมินั้นมีจำนวน 4,546 แห่ง ประกอบด้วยศูนย์บริการสาธารณสุข 69 แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุขสาขา 73 แห่ง รวมถึงสถานบริการภาคเอกชน แบ่งเป็นคลินิกเวชกรรม คลินิกชุมชนอบอุ่น คลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง ทันตกรรม การแพทย์แผนไทย การพยาบาลและผดุงครรภ์ เทคนิคการแพทย์ และกายภาพบำบัด อีกด้วย ซึ่งมีการกระจายทั่วทุกเขตในพื้นที่กรุงเทพฯ⁶

จากรายงานผลการดำเนินงานประจำปี 2565 ของสำนักงานแพทย์ กรุงเทพฯ² ได้รายงานสถิติการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยของโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพฯ 11 แห่ง โดยจำแนกเป็นการบริการผู้ป่วยนอก จำนวน 4,083,449 ครั้ง เฉลี่ยแห่งละ 1,018 ครั้งต่อวัน และผู้ป่วยใน จำนวน 151,037 ครั้ง เฉลี่ยแห่งละ 38 ครั้งต่อวัน ในขณะที่รายงานประจำปี 2564 ของสำนักงานมัย กรุงเทพฯ³ ระบุว่า ศูนย์บริการสาธารณสุขทั้ง 69 แห่ง ได้ดำเนินการดูแลรักษาในระดับปฐมภูมิ และบริการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ประชาชนไป 1,512,337 ครั้ง คิดเฉลี่ยแล้วเป็นการให้บริการจำนวนแห่งละ 60 ครั้งต่อวัน

ทั้งนี้ กรุงเทพฯ จัดเป็นเขตการปกครองท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ ซึ่งมีระบบบริการสาธารณสุขแตกต่างจากจังหวัดอื่นที่บริหารโดยกระทรวงสาธารณสุข โดยกรุงเทพฯ รับผิดชอบการบริหารจัดการระบบบริการสาธารณสุขที่มีความซับซ้อนสูง เนื่องจากมีสถานพยาบาลตั้งแต่ระดับปฐมภูมิไปจนถึงตติยภูมิที่มีหลากหลายสังกัด ทั้งรัฐและเอกชน โดยสถานพยาบาลภาครัฐมีทั้งที่สังกัดกรุงเทพมหานครเองและสังกัดหน่วยงานอื่น อาทิ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม โรงพยาบาลตำรวจ ดังนั้นจึงมีความท้าทายในด้านการบริหารจัดการ ประสานงาน รวมถึงการจัดสรรแบ่งปันทรัพยากร ในยามที่เกิดเหตุการณ์ต่าง ๆ เช่น ภาวะโรคระบาด ฯลฯ

พัฒนาการของระบบบริการสาธารณสุขของกรุงเทพฯ

การศึกษาวิจัยพบว่า ระบบบริการสาธารณสุขในเขตเมือง อันรวมถึงกรุงเทพฯ ด้วยนั้น มีปัญหาหลากหลายในระดับปฐมภูมิ ทั้งในเรื่องการเข้าถึงบริการ (access) ความครอบคลุม (coverage) และคุณภาพของบริการ (quality) ทำให้ไม่สามารถบรรลุเป้าประสงค์ของระบบบริการสุขภาพตามหลักการที่องค์การอนามัยโลกได้ระบุไว้⁷ ซึ่งได้แก่ การมีสุขภาพดีขึ้นของประชาชน การตอบสนองต่อปัญหา การลดความเสี่ยงหรือผลกระทบทางด้านสังคมและการเงิน และประสิทธิภาพของระบบบริการ

“โรงพยาบาลกลาง” หนึ่งในโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร



ที่มา : commons.wikimedia.org/wiki/File:โรงพยาบาลกลาง_Klang_Hospita_(9).jpg

“ศูนย์บริการสาธารณสุข 40 บางแค” หนึ่งในศูนย์บริการสาธารณสุขในสังกัดกรุงเทพมหานคร



ที่มา : webportal.bangkok.go.th/healthcenter40/page/sub/8858

ถึงแม้ว่ากรุงเทพฯ จะเป็นรูปแบบปกครองแบบพิเศษ แตกต่างจากจังหวัดอื่น ๆ แต่พัฒนาการของระบบสาธารณสุขของกรุงเทพฯ ก็มีแนวโน้มปรับเปลี่ยนตามนโยบายด้านสาธารณสุขของประเทศในรอบทศวรรษที่ผ่านมาเช่นกัน โดยนโยบายหลักที่ส่งผลต่อการปฏิรูประบบสาธารณสุขของประเทศไทย ได้แก่⁸

1 **นโยบายเขตบริการสุขภาพ** ที่มุ่งพัฒนาระบบบริการแบบไร้รอยต่อ เกื้อหนุนทรัพยากรด้านสุขภาพ ทั้งเรื่องบุคลากรงบประมาณ เวชภัณฑ์และเทคโนโลยี ข้อมูลสารสนเทศ รวมถึงการปรับแต่งรูปแบบบริการและการบริหารจัดการภายในกลุ่มจังหวัดที่ใกล้เคียงกัน^{9,10}

2 **นโยบายทีมหมอครอบครัว** เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการระดับปฐมภูมิให้เป็นด่านหน้าในการดูแลประชาชนแบบองค์รวม และพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยและส่งต่อไปในระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิภายในพื้นที่^{11,12,13}

3 **นโยบายพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ** ของประเทศให้มีความกลมกลืนกันในทุกระบบ ทั้งระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือบัตรทอง โดยใช้หลัก SAFE (sustainable, adequate, fair, efficient) คือ ปรับแต่งระบบหลักประกันสุขภาพให้มีความยั่งยืนด้านการเงิน การคลัง รัฐสามารถรับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้ โดยประชาชนได้รับบริการที่ดีมีประสิทธิภาพ สมเหตุสมผล^{14,15}

นโยบายข้างต้น ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบสาธารณสุขในพื้นที่กรุงเทพมหานครและจังหวัดอื่นทั่วประเทศ ทั้งเรื่องกฎระเบียบในการบริหาร การเบิกจ่ายงบประมาณ ติดตามและประเมินผล รูปแบบการให้บริการ โครงสร้างและการบริหารระดับบุคคล องค์กร และเครือข่ายระดับพื้นที่ รวมถึงระบบข้อมูลสารสนเทศที่เกี่ยวข้อง ดังจะเห็นได้จากการดำเนินนโยบายทีมหมอครอบครัว ซึ่งถือเป็นนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขในยุคปฏิรูปที่เริ่มเดินหน้ามาตั้งแต่ช่วงปลายปี 2557¹⁶ โดยการนำนโยบายหมอครอบครัวมาใช้ในกรุงเทพฯ นั้น 3 กิจกรรมหลัก คือ

การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง (ซึ่งต้องออกสำรวจตามบ้านในทุกพื้นที่)

การให้คำแนะนำด้านสุขภาพให้แก่ประชากรทุกกลุ่มเป้าหมาย

การเยี่ยมและดูแลผู้ป่วยติดเตียง



20 มีนาคมของทุกปี เป็นวันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติ

ที่มา : prd.go.th/content/category/detail/id/31/iid/164487

เนื่องจากกลไกดำเนินงานหลักคือ ศูนย์บริการสาธารณสุข มีจำนวนเจ้าหน้าที่จำกัด การดำเนินงานจึงครอบคลุมไม่ถึงครึ่งของประชากรในพื้นที่ แม้จะมีการเปิดให้เอกชนเข้ามาร่วมจัดบริการก็ยังมีติดขัดทั้งในแง่การบริหารการเงินการคลัง ระบบเชื่อมโยงข้อมูลและเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพบริการ อีกทั้งมีการเคลื่อนย้ายประชากรมากในแต่ละวัน นอกจากนี้ประชากรในพื้นที่กรุงเทพฯ มีความผูกพันกับชุมชนและสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่น้อยกว่าเขตชนบท การเข้าถึงผู้ที่อาศัยตามหมู่บ้านจัดสรรเพื่อบริการเสริมสร้างสุขภาพก็ทำได้ยาก แตกต่างจากพื้นที่ต่างจังหวัดที่เป็นพื้นที่เปิด ผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่เข้าถึงได้ง่าย

นอกจากนี้ **โครงสร้างเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) ในกรุงเทพฯ ก็มีความแตกต่างจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีในจังหวัดอื่น ๆ ทำให้การดำเนินงานด้านบริการปฐมภูมิตามนโยบายทีมหมอครอบครัวมีรูปแบบที่แตกต่างไป โดยอาศัยการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือแบบพหุภาคีกับหน่วยงานอื่นในพื้นที่** ทั้งโรงพยาบาลทหาร โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และคลินิกเอกชน¹⁷ ด้วยข้อจำกัดของระบบบริการสาธารณสุขที่ยังไม่เพียงพอ และไม่ได้ประสิทธิผลตามเป้าหมาย อีกทั้งพฤติกรรมของประชากรในกรุงเทพฯ ที่มีทางเลือกมาก มีมาตรฐานความพอใจที่แตกต่างตามสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ทำให้การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในกรุงเทพฯ เป็นเรื่องท้าทาย เมื่อเกิดการระบาดของโควิด-19 ปัญหาของระบบบริการสาธารณสุขในกรุงเทพฯ จึงปรากฏขึ้นชัดเจน ทั้งในเรื่องความพอเพียง การเข้าถึงบริการ ความครอบคลุม และคุณภาพบริการ

กรุงเทพฯ กับการปฏิรูประบบ สาธารณสุขขั้นปฐมภูมิในปัจจุบัน

หากจะมุ่งหวังให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์คือ คนเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงทันเวลา ระบบบริการมีประสิทธิภาพ คนทำงานมีความสุข และระบบบริการสามารถตอบสนองต่อความต้องการและเหมาะสมกับประชาชนที่มีความหลากหลายในสังคม **แนวทางการดำเนินงานข้างต้นต้องการความร่วมมือร่วมใจและผลงานปัญญากันระหว่างกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก ตั้งแต่รัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข ผู้บริหารและบุคลากรในระบบสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร สถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน รวมถึงประชากรในพื้นที่ ที่จะช่วยกันสังเคราะห์ หาคำตอบเพื่อพัฒนาระบบให้เป็นไปตามที่ทุกคนคาดหวัง**

แผนปฏิรูประบบสาธารณสุขฉบับปัจจุบัน **ชูธงแนวคิด big rock หรือหินก้อนใหญ่ ด้วยการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น ชุมชน ครอบครัว และสถานพยาบาล เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ โดยครอบคลุม 6 ด้านหลัก ได้แก่**

การปฏิรูปการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข

การปฏิรูปเพื่อเพิ่มประสิทธิผลและประสิทธิภาพของระบบบริการด้านโรคไม่ติดต่อ

การปฏิรูประบบบริการผู้สูงอายุ

การปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพและกองทุนสุขภาพ

การปฏิรูปการบริหารจัดการเขตสุขภาพ และ

การปฏิรูประบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ¹⁸

ซึ่งนายชัชชาติ สิทธิพันธุ์ ผู้ว่าราชการกรุงเทพฯ ผลักดันแนวคิดดังกล่าวภายหลังขึ้นดำรงตำแหน่งฯ โดยกล่าวถึงการขับเคลื่อนระบบบริการปฐมภูมิ และการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพในพื้นที่กรุงเทพฯ ว่า ไม่มีเวลาไหนที่เหมาะสมเท่ากับเวลานี้ในการปฏิรูปเรื่องสาธารณสุข เพราะมีบทเรียนที่สำคัญมากจากเรื่องโควิด-19 ทั้งเรื่องการบูรณาการด้านข้อมูล และเรื่อง

การจัดสรรทรัพยากร โดยระบบบริการปฐมภูมิเป็นจุดอ่อน ไม่มีหน่วยปะทะหรือหน่วยหน้าที่มีประสิทธิผลเพียงพอ โดยมีศูนย์บริการสาธารณสุขเพียง 69 แห่ง เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุข 41 คลองเตย มีบุคลากรเพียง 82 คน ดูแลประชากรประมาณ 1 แสนคน เมื่อระบบปฐมภูมิอ่อนแอ ทุกอย่างจึงไหลไปที่ทุติยภูมิ ตติยภูมิหมด โรงพยาบาลหลักก็แน่น การแก้ไขระบบปฐมภูมิเป็นเรื่องสำคัญที่จะแก้ไขปัญหายของระบบสาธารณสุขของกรุงเทพฯ นโยบายจึงเน้นการเสริมสร้างความเข้มแข็งระดับเส้นเลือดฝอยปฐมภูมิ เพราะหากสร้างระบบปฐมภูมิให้ดีแล้ว การใช้เตียงของระบบทุติยภูมิ และตติยภูมิก็จะมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ทั้งนี้กรุงเทพฯ จะแก้ปัญหาโดยใช้เทคโนโลยี และข้อมูลมาพิจารณา วางแผน และเพิ่ม อสส. มากขึ้น และจะพัฒนาให้เกิดอาสาสมัครเทคโนโลยี (อสท.) ประจำชุมชน โดยใช้เด็กรุ่นใหม่ในชุมชนที่ใช้เทคโนโลยีเป็น เข้าใจการใช้แอปพลิเคชันเพื่อไปสอนคนในชุมชนให้สามารถใช้บริการเทเลเมดิซีน (telemedicine) ได้ ซึ่งแอปพลิเคชัน จะช่วยในการประมวลผลข้อมูลมาถึงส่วนกลาง ทำให้ภาพรวมของการดูแลปฐมภูมิมีประสิทธิภาพมากขึ้น¹⁹ นอกจากนี้กรุงเทพฯ ยังวางแผนพัฒนาพื้นที่ต้นแบบ (sandbox) ในการจัดระบบบริการแนวใหม่ซึ่งจะเชื่อมระบบปฐมภูมิไปจนถึงตติยภูมิ โดยมีโรงพยาบาลใหญ่เป็นแม่ข่าย และทำงานร่วมกับหน่วยงานลูกข่ายทั้งรัฐและเอกชนในพื้นที่ อาทิ ศูนย์บริการสาธารณสุข คลินิกชุมชนอบอุ่น ร้านขายยา และชุมชน โดยเริ่มทำ 2 ที่แรก คือ พื้นที่เขตดุสิต และพื้นที่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลราชพิพัฒน์

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

มีงานศึกษาวิจัยจากหลายแหล่งที่วิเคราะห์ปัญหาระบบบริการสาธารณสุขในเขตเมือง รวมถึงกรุงเทพฯ ที่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน^{20,21} อาทิ ควรสร้างกลไกติดตาม ศึกษา ทำความเข้าใจพฤติกรรมของประชากรกลุ่มเป้าหมาย พัฒนามาตรการกระตุ้นให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายให้มารับการดูแลสุขภาพ การเสริมสร้างความร่วมมือกับภาคในพื้นที่ เพื่อให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน อาทิ ให้คลินิกชุมชนอบอุ่นเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายบริการปฐมภูมิอย่างเป็นทางการ และดำเนินการเต็มรูปแบบภายใต้นโยบายที่ให้ประชาชนเข้ารับบริการที่ใดก็ได้ โดยปรับระเบียบการเบิกจ่ายในทุกกองทุนสุขภาพให้ประชาชนสามารถใช้บริการได้ทุกที่ ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาล หรือคลินิกก็ตาม สรุปแนวทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขของกรุงเทพฯ ได้ ดังนี้

1 จัดสรรทรัพยากรของระบบบริการสาธารณสุขให้เพียงพอ และมีคุณภาพ โดยนำผลลัพธ์การดำเนินงานประจำปี และการประเมินผลรายเขต มาใช้ในการวางแผนจัดสรรทรัพยากรให้เหมาะสม

2 กระจายแผนกิจกรรมเพื่อพัฒนาทุกองค์ประกอบของระบบบริการสุขภาพไปพร้อมกันอย่างสมดุล ทั้งด้านกำลังคนงบประมาณ เวชภัณฑ์ เทคโนโลยีทางการแพทย์ ระบบข้อมูลสารสนเทศ รูปแบบบริการ และรูปแบบการบริหารจัดการ โดยอิงตามรายงานประเมินผลการดำเนินงานประจำปีของกรุงเทพฯ และราชเขต

3 พัฒนาระบบบริการโดยมุ่งเน้น 3 หัวใจหลัก ได้แก่ การเข้าถึงบริการ คุณภาพบริการ และความครอบคลุม โดยกำหนดทั้งสามเรื่องเป็นหัวข้อหลักในแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขของกรุงเทพฯ เพื่อใช้วางแผนดำเนินงานพร้อมกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจน อาทิ การมีบริการ เวชภัณฑ์ เทคโนโลยีที่จำเป็นครบทุกพื้นที่ เป็นต้น

4 กำหนดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข โดยยึดตามกรอบแนวคิดองค์การอนามัยโลก คือ การมีสถานะสุขภาพที่ดีขึ้น ความคุ้มค่าในการจัดบริการ การตอบสนองต่อปัญหาหรือความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย และการป้องกันความเสี่ยงหรือลดผลกระทบที่เกิดขึ้นด้านสังคมและการเงิน

5 ระบบบริการปฐมภูมิในพื้นที่กรุงเทพฯ ต้องไม่คิดถึงเฉพาะระบบบริการของกรุงเทพฯ เท่านั้น แต่ควรมองภาพรวมของระบบบริการปฐมภูมิที่มีความร่วมมือของหน่วยงานทุกสังกัด และควรรวมไปถึงคลินิกต่าง ๆ ร้านขายยา และจุดบริการอื่น ๆ ด้วย โดยกรุงเทพฯ ทำหน้าที่เป็นแกนหลักสร้างระบบ เครือข่ายบริการปฐมภูมิแบบพหุภาคี ให้เป็นรูปธรรมและดำเนินงานได้ด้วยความยั่งยืน

6 สนับสนุนการมีส่วนร่วมของทุกกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการรับรู้สถานการณ์ ประเมิน วิเคราะห์ วางแผนจัดการแก้ไขปัญหา พัฒนาระบบสาธารณสุข และร่วมกันรับผิดชอบ โดยปรับปรุงกฎหมายและระเบียบปฏิบัติให้เอื้อต่อการดำเนินงาน อาทิ ให้คลินิกชุมชนอบอุ่นเป็นส่วนหนึ่งของหน่วยบริการหลักในระบบสาธารณสุขของกรุงเทพฯ และปรับระเบียบการเบิกจ่ายงบประมาณจากทุกกองทุนสุขภาพ โดยใช้เกณฑ์เดียวกับสถานพยาบาลภาครัฐและศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการพื้นฐานที่จำเป็นได้สะดวก

สรุป

“...When health is at risk, everything is at risk...” เสียงจากผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลก²²

ที่สะท้อนให้เห็นว่าระบบบริการสาธารณสุขนั้นมีความสำคัญยิ่ง เพราะเกี่ยวข้องกับสวัสดิภาพ และความปลอดภัยในชีวิตของประชาชนในสังคม และนำไปสู่ความมั่นคงของประเทศ การพัฒนาระบบบริการให้มีความเข้มแข็ง เพียงพอ มีประสิทธิภาพ เข้าถึงได้ทันทั่วทั้งที่และทั่วถึง ย่อมจะนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี ลดความสูญเสียยามวิกฤติ ทั้งนี้ระบบบริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ล้วนมีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน บทเรียนจากอดีตจนถึงปัจจุบัน ชี้ให้เห็นว่ากรุงเทพฯ ประสบปัญหาในระบบบริการสาธารณสุขที่ไม่เพียงพอ ไม่ครอบคลุม และไม่ได้ประสิทธิภาพตามเป้าหมาย เมื่อเกิดสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสุขภาพ ก็อาจนำไปสู่ภาวะวิกฤตของระบบสาธารณสุขที่รุนแรง จึงมีความจำเป็นที่จะต้องเสริมสร้างระบบบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของกรุงเทพฯ ให้เข้มแข็ง พร้อมรับมือกับภัยคุกคามสุขภาพต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น โดยต้องอาศัยความร่วมมือและผลานปัญญาอันระหว่างกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก ตั้งแต่รัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพฯ สถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน รวมถึงประชากรในพื้นที่ **เพื่อสร้างระบบและเครือข่ายบริการปฐมภูมิแบบพหุภาคี** โดยปัจจุบันกรุงเทพฯ ได้เน้นการพัฒนาเครือข่าย อสส. และ อสท. รวมถึง telemedicine และ ทดลองพัฒนาโมเดลที่เชื่อมโยงเครือข่ายบริการชั้นปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิในบางพื้นที่ อย่างไรก็ตามกรุงเทพฯ ควรมีแนวทางการปฏิรูปในด้านอื่น ๆ ที่ชัดเจนด้วย เช่น การจัดสรรทรัพยากรในระบบบริการสาธารณสุขให้เพียงพอ และมีคุณภาพ มุ่งเน้นการเข้าถึงบริการคุณภาพบริการ และความครอบคลุม และปรับปรุงกฎหมายและระเบียบปฏิบัติให้เอื้อต่อการดำเนินงานให้คลินิกชุมชนอบอุ่นเป็นส่วนหนึ่งของหน่วยบริการหลัก

ที่มา : unsplash.com/photos/BvNnXnzds4U

“แม้ในภาพรวม ประเทศไทยจะมีความมั่นคงทางอาหารอยู่ในเกณฑ์ดี แต่ยังมีจุดอ่อนจากการที่เกษตรกรและผู้ประกอบการรายย่อยขาดการรวมกลุ่มที่เข้มแข็งและยังขาดความรู้ ข้อมูล และเทคโนโลยีในการผลิตและการตลาด นอกจากนี้ ต้นทุนการผลิตสินค้าเกษตรและอาหารก็สูงขึ้นเนื่องจากระบบโลจิสติกส์ขาดประสิทธิภาพ และยังขาดการบูรณาการของหน่วยงานและภาคีต่าง ๆ อีกทั้งกฎหมายยังขาดความยืดหยุ่น ไม่สามารถปรับตัวให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยี สังคม และการค้าสมัยใหม่ได้”

บทนำ

ภาพประชาชนยืนต่อแถวท่ามกลางแดดร้อนหรือฝนตกเพื่อรับอาหารกล่องหรืออาหารแห้งจากผู้จำหน่ายบริจาคในช่วงการระบาดของโควิด-19 ตลอดจนจนการตั้งโรงงานของวัดต่าง ๆ ทั่วประเทศ เพื่อช่วยเหลือผู้ที่ยากจนขาดแคลนอาหาร เป็นภาพสะท้อนถึงปัญหาความมั่นคงด้านอาหารที่ทวีความรุนแรงมากขึ้นในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา เป็นที่ชัดเจนว่า วิกฤตโควิด-19 และสงครามในยูเครน ส่งผลกระทบต่ออุปทานอาหารของโลก รวมทั้งปัจจัยการผลิต เช่น ปุ๋ย ยามาแมลง ทำให้ต้นทุนการผลิตสินค้าเกษตร รวมทั้งราคาอาหารก็เพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก จนส่งผลกระทบต่อประชาชนไทยจำนวนมาก โดยเฉพาะผู้ที่ถือ “บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ” ซึ่งมีมากถึง 20 ล้านคน ในปี 2565 หรือคิดเป็น 1 ใน 3 ของคนไทยทั้งประเทศ โดยคนกลุ่มนี้ได้รับผลกระทบจากวิกฤตอาหารค่อนข้างมาก เพราะค่าใช้จ่ายกว่าครึ่งหนึ่งคือค่าใช้จ่ายด้านอาหาร บทความนี้เป็นกรณีศึกษาเรื่องความมั่นคงทางอาหาร ประกอบด้วยแนวคิดเรื่องความมั่นคงทางอาหาร สถานการณ์ความมั่นคงทางอาหารในต่างประเทศและในประเทศไทย และแนวทางการแก้ไขปัญหา

ความมั่นคงทางอาหาร (food security) เป็นคำที่เกิดขึ้นในช่วงที่เกิดวิกฤตการณ์ขาดแคลนอาหารอย่างหนัก ตั้งแต่ช่วงทศวรรษที่ 1970 โดยองค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ (FAO) ได้ให้ความหมายว่า สถานะที่ทุกคนและทุกขณะเวลามีความสามารถทั้งทางกายภาพและทางเศรษฐกิจที่สามารถเข้าถึงอาหารที่เพียงพอปลอดภัย และมีคุณค่าทางโภชนาการ เพื่อตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจด้านอาหาร เพื่อให้เกิดชีวิตที่มีพลังและมีสุขภาพ

การแพร่ระบาดของโควิด-19 ส่งผลให้รัฐบาลทั่วโลกจำกัดการเดินทางระหว่างประเทศหรือระหว่างเมือง ซึ่งส่งผลกระทบต่อเนืองไปยังการจำกัดการขนส่งสินค้า (การขนส่งทางบก ทางน้ำ และทางอากาศ) การเคลื่อนย้ายแรงงาน และการค้าระหว่างประเทศที่ถูกจำกัด ส่งผลกระทบต่อส่งออกอาหารของประเทศต่าง ๆ อีกทั้งยังทำให้เกิดปัญหาการขาดแคลนแรงงานในภาคเกษตร นอกจากนี้ยังส่งผลให้มีการปิดโรงงานผลิตอาหาร ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางอาหารในประเทศที่พึ่งการนำเข้าอาหารจากต่างประเทศ โดยเฉพาะประเทศที่ยากจน และประเทศที่สูญเสียรายได้หลักจากการท่องเที่ยวที่หยุดชะงักลง นอกจากอุปทานอาหารที่ขาดแคลนแล้ว รายได้ที่ลดลงของประชากรก็ทำให้ไม่สามารถซื้ออาหารที่ราคาสูงขึ้น

ธนาคารโลกประเมินว่า การแพร่ระบาดของโควิด-19 ทำให้ประชากรโลกประมาณ 88-115 ล้านคนเข้าสู่ความยากจนขั้นรุนแรง (extreme poverty) ใน ค.ศ. 2020 และเพิ่มขึ้นเป็น 150 ล้านคนใน ค.ศ. 2021 ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นครั้งแรกในรอบ 20 ปี โดย FAO คาดการณ์ว่า จำนวนประชากรโลกที่ขาดสารอาหารจะเพิ่มขึ้นราว 83-132 ล้านคน วิกฤตที่เกิดขึ้นยังทำให้ประเทศผู้ผลิตอาหารหลายประเทศมีนโยบาย “ห้ามส่งออก” อาหารบางประเภทชั่วคราวเพื่อรักษาสมดุลอาหารของคนในประเทศ¹ ทั้งนี้ปัญหาความมั่นคงทางอาหารจะนำไปสู่รายจ่ายด้านสุขภาพที่สูงขึ้นของทั้งครัวเรือนและภาครัฐ และส่งผลกระทบต่อเนืองไปยังทรัพยากรมนุษย์ที่ไม่ได้รับการพัฒนาทักษะอย่างเต็มประสิทธิภาพจากสุขภาพร่างกายที่อ่อนแอเนื่องจากการขาดสารอาหาร?

ที่มา : unsplash.com/photos/Wf4LHJwAvT8





หนึ่งในเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (sustainable development goals : SDGs) ขององค์การสหประชาชาติคือการขจัดความอดอยาก (เป้าหมายหมายเลข 2)

ที่มา : un.org/en/sustainable-development-goals

แนวคิดเรื่องความมั่นคงทางอาหาร

ความมั่นคงทางอาหาร คือ สภาวะที่ทุกคน และทุกช่วงเวลาเข้าถึงอาหารได้อย่างเพียงพอ ไม่ว่าจะด้วยความสามารถทางกายภาพหรือเศรษฐกิจก็ตาม อีกทั้งอาหารที่ได้รับจะต้องปลอดภัย มีคุณค่าด้านโภชนาการต่อร่างกาย เพื่อให้เกิดความพึงพอใจและตอบสนองได้อย่างเหมาะสม โดยมีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่

- 1 การได้รับอาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของผู้บริโภคในประเทศ
- 2 การเข้าถึงอาหาร ประชาชนทุกคนมีโอกาสในการเข้าถึงอาหารที่เหมาะสมกับตนเองบนพื้นฐานของโภชนาการที่ดี
- 3 การใช้ประโยชน์จากอาหาร ตามหลักทางด้านของความปลอดภัยและสุขอนามัย
- 4 การมีเสถียรภาพด้านอาหาร โดยบริหารจัดการให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงอาหารได้อย่างเหมาะสม แม้ว่าจะมีเหตุการณ์วิกฤตฉุกเฉินต่าง ๆ³

แนวคิดเรื่องความมั่นคงทางอาหาร ในช่วงแรกเน้นที่กระบวนการผลิตอาหาร มีเป้าหมายเพื่อผลิตอาหารให้เพียงพอต่อความต้องการของ

ผู้บริโภค จนนำไปสู่ **การปฏิวัติเขียว (Green Revolution)** หรือปฏิวัติเกษตรกรรม โดยการนำเทคโนโลยีและเครื่องจักรมาช่วยในการผลิตสินค้าเกษตรเพื่อให้ได้ปริมาณมาก แต่ปัญหาความอดอยากของประชากรโลกก็ยังไม่หายไป เนื่องจากมีเงื่อนไขอื่น ๆ ด้วย จึงเกิดแนวคิดใหม่ที่ว่า ความมั่นคงทางอาหารไม่ได้มีเพียงมิติด้านการผลิตเท่านั้น แต่ยังเชื่อมโยงกับประเด็นอื่น ๆ เช่น การเข้าถึงอาหาร การผลิตอาหารอย่างสม่ำเสมอ ความปลอดภัยทางอาหาร ความมั่นคงทางอาหารของชุมชน และบริบทแวดล้อมอื่น ๆ เช่น การพัฒนาการลดความยากจน การพึ่งพาตนเอง และการพัฒนาชุมชน เป็นต้น⁴

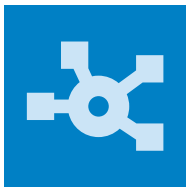
ความมั่นคงทางอาหารในระดับสากล

สภาเศรษฐกิจโลก (World Economic Forum : WEF) ได้จัดทำรายงานความเสี่ยงระดับโลก ค.ศ. 2022 ได้ชี้ให้เห็นความเสี่ยงที่สำคัญ 5 ด้าน คือเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม ภูมิรัฐศาสตร์ สังคม และเทคโนโลยี ซึ่งความเสี่ยงครั้งหนึ่งคือด้านธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อในด้านอื่น ๆ ด้วย เช่น การสูญเสียความหลากหลายทางชีวภาพ วิกฤติทรัพยากรธรรมชาติ ซึ่งเป็นฐานที่สำคัญต่อความมั่นคงทางอาหาร การสูญเสียดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และสุขภาพของมนุษย์⁵ นอกจากนี้ สหประชาชาติ (United Nations) ได้ระบุว่า ประชากรโลกเผชิญหน้ากับปัญหาความอดอยากมากกว่าที่เคยเป็นมา การแพร่ระบาดของโควิด-19 อาจทำให้เป้าหมาย SDGs ที่จะขจัดความอดอยากให้หายไปภายใน ค.ศ. 2030 มีโอกาสลดลง⁶

จากรายงาน State of Food Security and Nutrition in the World 2021⁷ ชี้ว่า ประชากรโลกกำลังประสบปัญหาทุโภชนาการเพิ่มขึ้น ในประเทศแถบทวีปแอฟริกา ประชากรราว 1 ใน 5 กำลังประสบปัญหา

ทุกโภชนาการอย่างหนัก ทั้งนี้ ประชากรโลกราว 720–811 ล้านคน ประสบปัญหาภาวะอดอยาก หิวโหย ใน ค.ศ. 2020 เพิ่มขึ้นกว่า ค.ศ. 2019 ราว 161 ล้านคน ขณะที่ประชากรโลกกว่า 2.3 พันล้านคน หรือคิดเป็นราว ร้อยละ 30 ของประชากรทั่วโลกประสบปัญหา ไม่สามารถเข้าถึงอาหารที่เพียงพอได้ตลอดทั้งปี สะท้อนถึงความไม่มั่นคงทางด้านอาหารของโลกในระดับปานกลางหรือรุนแรง ถึงแม้ว่าการผลิตอาหารทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นก็ตาม⁸

ดังนั้น FAO จึงได้รวบรวมรายงาน Global Narrative ของ HLPE เสนอการเปลี่ยนแปลงนโยบายเร่งด่วน 4 ประการที่จำเป็นเพื่อให้ได้มาซึ่งอาหารที่ปลอดภัย ถูกหลักโภชนาการ และสามารถรักษาสิทธิทางอาหาร ดังนี้



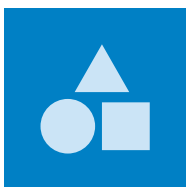
การเปลี่ยนแปลงพื้นฐานของระบบอาหารโดยรวม จากการมุ่งเน้นที่การเพิ่มปริมาณอาหารโดยการผลิตและส่งออก ไปสู่การทำให้ระบบอาหารมีความหลากหลาย เพิ่มศักยภาพในกลุ่มเปราะบางและชายขอบ และส่งเสริมความยั่งยืนในทุกด้านของห่วงโซ่อุปทานอาหาร ตั้งแต่การผลิตจนถึงการบริโภค



การกำหนดนโยบายด้านอาหารในรูปแบบที่ตระหนักถึงความเชื่อมโยงระหว่างระบบ เพื่อให้แน่ใจว่าระบบอาหาร ระบบนิเวศ และระบบเศรษฐกิจทำงานร่วมกันในเชิงบวก ป้องกันไม่ให้เกิดอุปสรรคของโรคสัตว์สู่คน



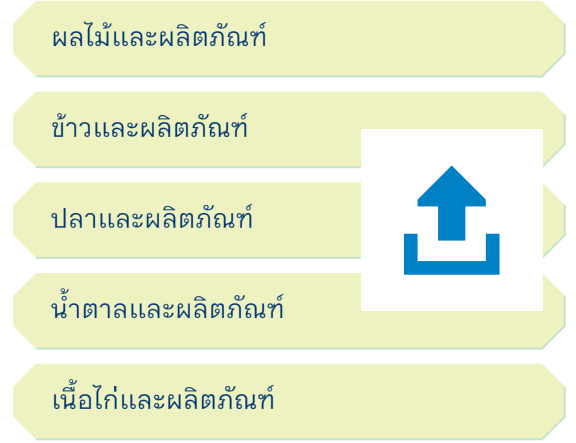
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนของภาวะทุพโภชนาการรูปแบบต่าง ๆ ไม่ใช่แค่ความหิวโหยและภาวะโภชนาการต่ำเท่านั้น แต่ยังรวมถึงโรคอ้วนและการขาดสารอาหารด้วย



นโยบายด้านอาหารที่มีความยืดหยุ่นและหลากหลาย โดยคำนึงถึงความเฉพาะเจาะจงของแต่ละบริบท ผลกระทบของการแพร่ระบาดต่อความมั่นคงทางอาหารและโภชนาการในสถานที่ต่าง ๆ และสำหรับประชากรกลุ่มต่าง ๆ⁹

ประเทศไทยกับความมั่นคงทางอาหาร

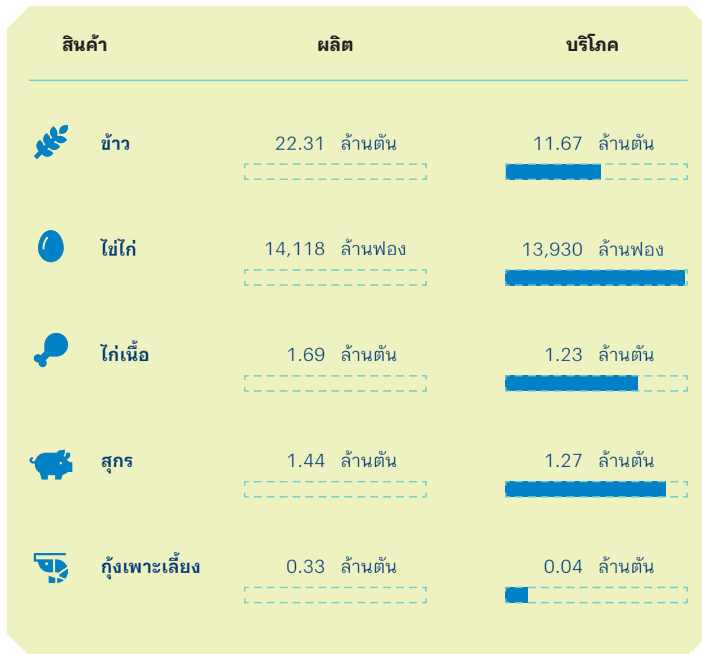
รายงานจากสำนักเศรษฐกิจการเกษตร (สศก.) และสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีความอุดมสมบูรณ์ เป็นแหล่งสำคัญในการเพาะปลูกและผลิตอาหารหลายชนิด จึงทำให้ความมั่นคงทางอาหารอยู่ในเกณฑ์สูง โดย The Economist Intelligence ได้ประเมินเมื่อ ค.ศ. 2019 พบว่า คะแนนความมั่นคงทางอาหารของประเทศไทยอยู่ที่ 65.1 จาก 100 คะแนน และอยู่ในอันดับ 52 จากทั้งหมด 113 ประเทศที่ได้มีการประเมินเอาไว้โดยสำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร (สศก.) ได้จัดทำลำดับการผลิตและการบริโภคอาหารในประเทศ ระหว่างปี 2558–2562 พบว่า อาหารหลักที่คนไทยนิยมบริโภค ได้แก่ ข้าว ไข่ไก่ ไข่เนื้อสุกร และกุ้ง (ตารางที่ 1) ในขณะที่สินค้าเกษตรและอาหารที่มีมูลค่าส่งออก 5 อันดับแรก ได้แก่



ส่วนสินค้าเกษตรและอาหารที่มีการนำเข้าสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่



ตารางที่ 1 : รายการอาหารหลักที่คนไทยนิยมบริโภค ระหว่างปี 2558–2562



ที่มา : สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์

อย่างไรก็ดี การระบาดของโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางอาหารของไทยใน 4 มิติคือ

1 ผลกระทบต่อการมีอาหารเพียงพอ ในระยะแรกของวิกฤตโควิด-19 ผู้คนตกใจกังวลว่าจะขาดแคลนอาหาร เกิดการกักตุนอาหาร ต่อมา เกิดปัญหาห่วงโซ่อุปทานอาหาร ได้แก่ การขนส่ง การกระจายผลผลิต การซื้อ การส่งออกสินค้าเกษตรและอาหาร

2 ผลกระทบต่อการเข้าถึงอาหาร ในช่วงแรกของวิกฤตโควิด-19 คนบางกลุ่มเข้าไม่ถึงอาหารเพราะหาซื้อไม่ได้หรืออาหารมีราคาแพง ธุรกิจบางส่วนหยุดชะงัก แรงงานถูกเลิกจ้างงานหรือลดเงินเดือน และคนจนเมืองที่เคยเข้าถึงอาหารได้กลายเป็นคนไม่สามารถเข้าถึงอาหาร

3 ผลกระทบต่อการใช้ประโยชน์จากอาหาร การที่ประชาชนต้องปรับตัวเข้ากับวิถีชีวิตใหม่ ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร คือ มีการสั่งสินค้าอาหารทางออนไลน์มากขึ้น อาจทำให้ได้คุณค่าทางโภชนาการไม่เพียงพอ

4 ผลกระทบต่อการมีเสถียรภาพด้านอาหาร การที่ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงอาหารอย่างเพียงพอตลอดเวลา และมีความเสี่ยงในการเข้าถึงอาหารเมื่อเกิดวิกฤต ได้ส่งผลกระทบต่อการมีเสถียรภาพด้านอาหารโดยรวม โดยเฉพาะในระยะแรกและระยะกลางของวิกฤตโควิด-19

ทั้งนี้ ประเทศไทยประสบปัญหาความมั่นคงทางอาหารในหลายพื้นที่ เช่น กรุงเทพฯ ซึ่งมีพื้นที่เกษตรเฉลี่ยร้อยละ 24 ทำให้การผลิตอาหารในพื้นที่ทำได้น้อย กรุงเทพมหานครจึงมีความเปราะบางในด้านความมั่นคงทางอาหารเมื่อเกิดวิกฤตโควิด-19 ทำให้ “คนจนเมือง” ขาดความสามารถในการจัดหาอาหารในพื้นที่ได้อย่างเพียงพอ¹⁰ จากการศึกษาผลกระทบของโควิด-19 และมาตรการทางสังคมต่อความมั่นคงทางอาหารของผู้ที่มีรายได้น้อยในชุมชนแออัดในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน 900 คน จาก 9 ชุมชน ในปี 2563 พบว่าประชากรส่วนใหญ่ร้อยละ 85.4 ประสบกับปัญหาความมั่นคงทางอาหาร ซึ่งเกิดจากการมีเงินไม่เพียงพอ ราคาอาหารแพงขึ้น และความลำบากในการออกไปซื้ออาหาร ร้อยละ 8.9 ต้องพึ่งพาอาหารแจกฟรีเป็นหลัก และร้อยละ 21.9 ต้องลดการรับประทานอาหารลง 1 มื้อ¹¹

ในช่วงปิดเมือง ประชาชนฐานะปานกลางได้กักตุนอาหารจนทำให้อาหารขาดแคลน แต่กลุ่มคนเปราะบางที่มีรายได้น้อยวันไม่สามารถเข้าถึงอาหารเมื่อขาดรายได้ เนื่องจากไม่สามารถออกไปหาเลี้ยงชีพได้ตามปกติ โดยภาวะเช่นนี้เกิดขึ้นทั้งในกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด นอกจากนี้ยังมีปัญหาการขาดแคลนอาหารของเด็ก เนื่องจากมาตรการขยายช่วงเวลาปิดเทอมให้นานขึ้น ทำให้เด็กในครอบครัวยากจนที่เคยพึ่งพาอาหารกลางวันจากโรงเรียนต้องขาดแคลนอาหาร¹² และยิ่งพบว่าเด็กไทยมีปัญหาการรับประทานอาหารที่ไม่สมดุล ซึ่งจะส่งผลต่อปัญหาเรื้อรังทางร่างกายและจิตใจ และการเจริญเติบโตและการพัฒนาการที่บกพร่องได้

ทั้งนี้ กลุ่มคนที่มีปัญหาเรื่องความมั่นคงทางอาหารมากที่สุดคือ กลุ่มคนยากจนและผู้มีรายได้น้อย เพราะการจ้างงานและการดำเนินธุรกิจบางส่วนหยุดชะงัก มีการลดชั่วโมงทำงาน การลดเงินเดือน การเลิกจ้างโดยแรงงานนอกระบบ เช่น ผู้ประกอบการอิสระ ผู้ค้าเร่/แผงลอย แรงงานทั่วไปรายวัน ฯลฯ ได้รับผลกระทบค่อนข้างรุนแรง จากการถดถอยของเศรษฐกิจภาคการท่องเที่ยวและการส่งออกได้รับผลกระทบมากที่สุด ในทางกลับกัน ประชาชนมีการทำอาหารกินเองเพิ่มมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการระบาดของโควิด-19 ประชาชนทำอาหารกินเองที่บ้านมากขึ้น ร้อยละ 75.8¹³

การแก้ปัญหาความมั่นคงทางอาหารของไทย

การจัดทำแผนความมั่นคงทางอาหารเริ่มต้นขึ้นจากการหารือเกี่ยวกับกรอบแนวคิดและการให้ความหมายของคำว่า “ความมั่นคงทางอาหาร” ในที่ประชุม World Food Summit เมื่อ ค.ศ. 1966 ที่กรุงโรม ประเทศอิตาลี ต่อมาความมั่นคงทางอาหารกลายเป็นกรอบเป้าหมายสำคัญของการพัฒนาที่ยั่งยืนของสหประชาชาติ (UN Sustainable Development Goals – SDGs) เป้าหมายที่ 2 โดยมีเป้าหมายหลักเป็นการยุติความหิวโหยบรรลุความมั่นคงทางอาหารและยกระดับโภชนาการและส่งเสริมเกษตรกรรมที่ยั่งยืน

สำหรับประเทศไทย ได้เริ่มจัดทำรายงานวิเคราะห์ความมั่นคงทางอาหารและภาวะโภชนาการของคนไทยเมื่อปี 2548–2554 โดย สศก. มีหน้าที่กำกับดูแลและกำหนดนโยบายต่าง ๆ ให้ครอบคลุมทั้งทางด้านการผลิต การพัฒนา และการคุ้มครองพื้นที่ทางการเกษตร เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการบูรณาการกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงทางอาหารขึ้นเพื่อให้สอดคล้องและเหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น พ.ร.บ. คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ กฎหมายทรัพย์สินทางปัญญาในพืชและสิ่งมีชีวิต กฎหมายป่าชุมชน กฎหมายคุ้มครองที่กินเพื่อเกษตรกรรม

ในปี 2555 ประเทศไทยได้ร่างกรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารขึ้น ภายใต้การดูแลของคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ โดยมีหลักการเพื่อให้ประเทศไทยมีความมั่นคง

ด้านอาหารอย่างยั่งยืน บริหารจัดการทรัพยากรเพื่อการผลิตอาหารอย่างมีประสิทธิภาพโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ซึ่งมีกลยุทธ์ที่ถูกนำมาใช้ เช่น การปฏิรูปการถือครองที่ดิน การจัดการทรัพยากรน้ำและดิน การพัฒนาด้านอาหาร การสร้างแรงจูงใจในการทำเกษตรเพิ่มขึ้น ส่งเสริมการเข้าถึงอาหารในระดับชุมชนและครัวเรือน การปรับปรุงด้านโลจิสติกส์ การร่วมมือระหว่างรัฐ เอกชน และประชาชน การวิจัยและพัฒนานวัตกรรมตลอดห่วงโซ่อาหาร และการจัดระบบรองรับความมั่นคงทางอาหารในภาวะวิกฤต

ต่อมาในปี 2560 คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ ได้ยกร่างกรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทย ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560–2579) ซึ่งเป็นแผนระยะยาว 20 ปีขึ้นมา ซึ่งความมั่นคงทางอาหารยังคงเป็นยุทธศาสตร์สำคัญอันดับหนึ่งของยุทธศาสตร์ดังกล่าว และยุทธศาสตร์นี้ยังเชื่อมโยงไปถึงเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของสหประชาชาติ (SDGs) ด้วย กรอบยุทธศาสตร์ฉบับที่ 2 นี้ มีวิสัยทัศน์ใหญ่ คือ

“ประเทศไทยมีความมั่นคงทางอาหารและโภชนาการ เป็นแหล่งอาหารที่มีคุณภาพสูง ปลอดภัย และมีคุณค่าทางโภชนาการเพื่อชาวไทยและชาวโลกอย่างยั่งยืน”

ซึ่งมีนัยว่าประเทศไทยจะไม่เป็นเพียงประเทศผู้ผลิตอาหารเท่านั้น แต่จะเป็น

ผู้ดำเนินกิจกรรมทางอาหารที่สำคัญของโลก มุ่งสู่การเป็นแหล่งอาหารที่มีคุณภาพสูงเพื่อผู้บริโภค และเพิ่มรายได้ให้แก่ประเทศ นำไปสู่การอยู่ดีกินดี มีสุข มั่งคั่ง และยั่งยืนต่อไป

นอกจากนี้ในปี 2565 คณะกรรมการอาหารแห่งชาติยังได้วางแผนปฏิบัติการด้านการจัดการด้านอาหารของประเทศไทย ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2566–2570) ซึ่งเป็นแผนระยะ 5 ปี เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำเอาแผนไปใช้ทำงานอย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น ให้เชื่อมโยงในทุกมิติของอาหารตั้งแต่ต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำ และสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของสหประชาชาติ (SDGs)

แม้ในภาพรวม ประเทศไทยจะมีความมั่นคงทางอาหารและโภชนาการอยู่ในเกณฑ์ดี พึ่งพาตนเองได้ และมีมาตรการและกลไกที่ส่งเสริมและเกื้อหนุนให้การผลิตอาหาร การตลาด และการบริการพัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่ในส่วนของจุดอ่อน พบว่า เกษตรกรและผู้ประกอบการรายย่อยยังขาดการรวมกลุ่มที่เข้มแข็งและยั่งยืน ขาดความรู้ ข้อมูล และเทคโนโลยีในการผลิต แปรรูป การตลาด และการบริการที่มีคุณภาพสูง นอกจากนี้ ต้นทุนการผลิตสินค้าเกษตรและอาหารก็สูงขึ้นจากระบบโลจิสติกส์ที่ขาดประสิทธิภาพ และยังมีขาดเอกภาพและการบูรณาการของหน่วยงานและภาคีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับอาหาร ทั้งในระดับส่วนกลาง ชุมชน และท้องถิ่น อีกทั้งกฎหมายและองค์การภาครัฐยังขาดความยืดหยุ่น ไม่สามารถปรับตัวให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยี สังคม และการค้าสมัยใหม่ได้ นอกจากนี้ พฤติกรรมของผู้บริโภคจำนวนมากยังคงเลือกซื้ออาหารที่ไม่มีคุณภาพ ไม่มีความปลอดภัย และไม่มีคุณค่าทางโภชนาการ ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรง



จากการระดมความเห็นของภาคี “สมัชชาสุขภาพจังหวัด” จาก 66 จังหวัดทั่วประเทศไทย ซึ่งเป็นการร่วมมือกันสร้างความเข้มแข็งจากกระบวนการนโยบายสาธารณะในประเด็นด้าน “ความมั่นคงทางอาหาร-เกษตรปลอดภัย” ได้ให้ความเห็นในการแก้ไขวิกฤตด้านอาหารที่เกิดขึ้น ดังนี้¹⁴

1

ให้มีตลาดที่รองรับอาหารที่ผ่านการผลิตตามวิธีการอาหารปลอดภัยที่ชัดเจน เช่น อาหารของผู้ป่วยในโรงพยาบาล อาหารกลางวันของเด็กนักเรียน รวมทั้งส่งเสริมในด้านตลาดทั้งในระดับชุมชนไปจนถึงตลาดต่างประเทศ เพื่อแก้จุดอ่อนในเรื่องเกษตรกรที่ยังขาดการเข้าถึงตลาดและบริการที่ชัดเจนและมีคุณภาพสูง

2

เกษตรกรต้องปรับตัวให้มีทางเลือกเพื่อผลิตอาหารที่เปลี่ยนจากตลาดโภคภัณฑ์ หรือตลาดดั้งเดิมธรรมดาที่ได้ราคาต่อหน่วยต่ำ มาเจาะตลาดท้องถิ่น หรือตลาดคุณภาพสูง เพื่อให้ได้ราคาต่อหน่วยที่สูงขึ้น เพื่อแก้จุดอ่อนของเกษตรกรและผู้ประกอบการรายย่อยที่ยังขาดความรู้ ข้อมูล และเทคโนโลยีด้านการผลิต แปรรูป การตลาดที่มีความปลอดภัยและคุณภาพสูงขึ้น

3

จำเป็นต้องทบทวนแผนแม่บทฯ ต่าง ๆ เพื่อปรับเปลี่ยนแนวทาง/วิธีการ และเครื่องมือให้สอดคล้องกับวิกฤตที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน โดยนำประเด็นเรื่อง “สิทธิในอาหาร” ซึ่งมีรากฐานมาจากกฎหมายระหว่างประเทศ มาใช้ในการร่างนโยบายที่เกี่ยวข้อง

4

ปรับปรุงนโยบายเพื่อส่งเสริมขีดความสามารถในการแข่งขัน และเพิ่มบทบาทของผู้ประกอบการรายย่อย ในธุรกิจขนาดเล็ก ขนาดกลางในชนบท เชื่อมโยงเกษตรกรรายย่อยกับห่วงโซ่อุปทาน และความต้องการของผู้บริโภค พร้อมทั้งสร้างความเป็นธรรมและความยั่งยืนของการกระจายอาหาร เพื่อสร้างความมั่นคงทางอาหาร

5

ปรับตัวจากยุคการกินอาหารนอกบ้าน กลายเป็นการซื้ออาหารกลับไปกินที่บ้านแบบมือต่อมือ หรือปรุงอาหารกินเองที่บ้านเพิ่มขึ้น ควรส่งเสริมและสนับสนุนการค้าแบบออนไลน์เพื่อการกระจายอาหารที่มีความมั่นคงขึ้น เป็นการเพิ่มการเข้าถึงอาหารที่ดีต่อสุขภาพให้กับประชาชนมากขึ้น

6

สนับสนุนตลาดสีเขียวในชุมชน เพื่อให้เกิดการเกษตรแบบพึ่งพาตนเอง โดยเน้นการซื้อของจากตลาดชุมชนใกล้บ้าน อาหารท้องถิ่น และตลาดในประเทศ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงอาหารที่ดีต่อสุขภาพในทุกกลุ่มประชากร

7

สนับสนุนให้มีการขายอาหารแบบ “รถพุ่มพวง” หรือรถเร่ขายกับข้าว เพื่อสร้างความมั่นคงทางอาหารให้กับกลุ่มคนเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ คนพิการ หรือผู้ที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล เพื่อเพิ่มการเข้าถึงอาหารที่ดีต่อสุขภาพในทุกกลุ่มประชากร

8

ส่งเสริมการปลูกผักและอาหารในครัวเรือนและชุมชนทั้งในเขตเมืองและชนบท เพื่อลดค่าใช้จ่ายอาหาร และสามารถพึ่งพาตนเองด้านอาหารได้มากขึ้น

สรุป

ความมั่นคงทางอาหารกำลังเป็นประเด็นสำคัญในระดับโลก เนื่องจากปัญหาการขาดแคลนอาหารและภาวะทุพโภชนาการอันเนื่องมาจากการระบาดของโควิด-19 และปัญหาการผลิตและการขนส่งผลิตภัณฑ์อาหาร ทำให้ประเทศผู้นำเข้าอาหารได้รับผลกระทบจากอุปทานที่ลดลง สินค้ามีราคาแพงขึ้น ซึ่งสวนทางกับรายได้ของคนที่ลดลงจากปัญหาเศรษฐกิจที่เกิดขึ้น จึงมีแนวโน้มว่าเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของสหประชาชาติในเรื่องความมั่นคงทางอาหารจะไม่สามารถบรรลุได้ใน ค.ศ. 2030 สำหรับประเทศไทยได้จัดทำกรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารมาแล้ว 2 ฉบับ ยุทธศาสตร์ปัจจุบัน มุ่งให้ประเทศไทยมีความมั่นคงทางอาหารและโภชนาการ เป็นแหล่งอาหารที่มีคุณภาพสูง และปลอดภัย อย่างไรก็ตาม เนื่องจากเกษตรกรและผู้ประกอบการรายย่อยของไทยยังขาดการรวมกลุ่มที่เข้มแข็งและยั่งยืน ขาดความรู้ ข้อมูล และเทคโนโลยีในการผลิต แปรรูป และการตลาด ทุกภาคส่วนจึงควรมีแนวทางในการส่งเสริมและพัฒนาในด้านต่างๆ เช่น พัฒนาตลาดอาหารปลอดภัยและอาหารคุณภาพสูงที่มีราคาต่อหน่วยสูงขึ้น เพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของเกษตรกร และส่งเสริมตลาดสีเขียวในชุมชนเพื่อเพิ่มการเข้าถึงอาหารที่มีคุณภาพและปลอดภัยในชุมชนต่าง ๆ

สังคมไทยกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

“ นอกเหนือจากกรณี พระบิดา ที่มีผู้คนหลงเชื่อไปรักษาจำนวนมากแล้ว การที่ประเทศไทยมีสถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังสูงขึ้น มีผู้ใช้บริการในแผนกฉุกเฉินมากขึ้น หรือ ไปใช้บริการทางการแพทย์เมื่อมีอาการหนักแล้ว สะท้อนถึงข้อจำกัด ในความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งมีส่วนช่วยให้คนจำนวนมากสามารถปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพให้เกิดความสมดุลของวิถีชีวิต การประกอบอาชีพ และสุขภาพที่ดีขึ้นได้ ”

ภาพการลงพื้นที่ตรวจสอบพื้นที่ โดยศูนย์อนามัยที่ 9 ณ บริเวณที่คนในพื้นที่เรียกว่า “สำนักพระบิดา โจเซฟ” อ.คอนสาร จ.ชัยภูมิ พบสัญลักษณ์ที่ไม่ถูกต้องหลายอย่าง และแหล่งน้ำโรค



ที่มา : hpc9.anamai.moph.go.th/th/news-anamai-2/211141

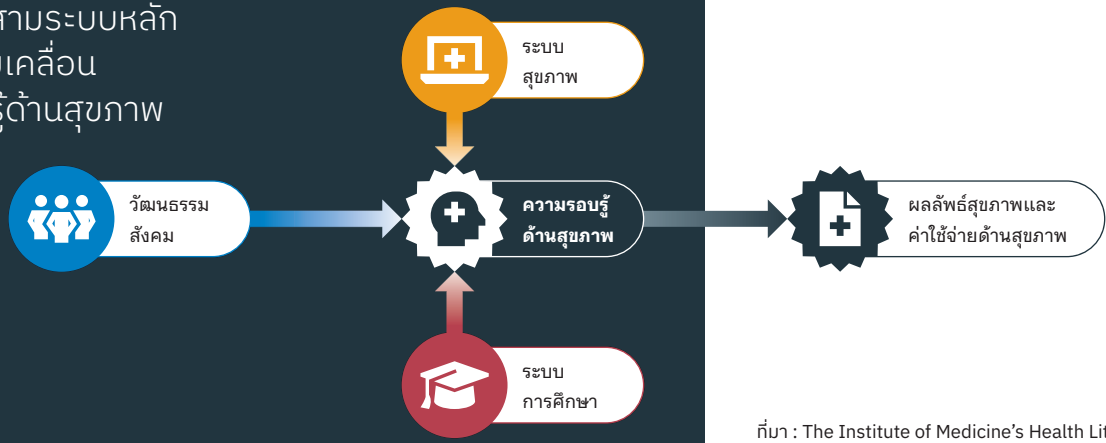
บทนำ

เมื่อเดือนพฤษภาคม 2565 ตำรวจได้เข้าจับกุมชายที่อ้างตัวเป็น “พระบิดา” ภายในสำนักแห่งหนึ่งใน จ.ชัยภูมิ โดยมีพฤติกรรมประหลาด ให้ลูกศิษย์รับประทานปัสสาวะ อุจจาระ เสมหะ ขี้โคล เพื่อรักษาโรค และพบศพ 11 ศพ ถูกเก็บไว้ในพื้นที่ของสำนัก ท่ามกลางผู้คนจำนวนมากจากทุกสารทิศที่เข้าไปรับการรักษา หากย้อนกลับไปประมาณปี 2553 มีผู้ป่วยแจ้งความเพื่อดำเนินคดี หลังเข้ารับรักษาอาการตาข้างซ้ายที่อักเสบและมองไม่เห็น จนต้องผ่าตัดตัดควักลูกนัยน์ตาซ้ายออกโดยผู้ป่วยสงสัยว่าเป็นผลจากการใช้ยาหยอดตาเจียรไนเพชรของ “ป่าเข็ง” เหตุการณ์ในลักษณะดังกล่าวยังเกิดขึ้นต่อเนื่องในช่วงหลายปีที่ผ่านมา จากเรื่องราวดังกล่าว หากบุคคลผู้ตกเป็นเหยื่อ หรือถูกหลอกลวงเหล่านี้มีความรอบรู้ สามารถเข้าถึงข้อมูลที่ชัดเจนเพียงพอ ประกอบกับมีทักษะในการตัดสินใจ ก็อาจมีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพดีขึ้น ซึ่งจะมีส่วนช่วยให้ไม่ตกเป็นเหยื่อหรือถูกหลอกลวงได้โดยง่าย บทความนี้จะอภิปรายประเด็นเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของคนไทย ในมิติของความหมาย แนวคิด และแนวทางการพัฒนาส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับสังคมไทย

ถ้าพิจารณากรณีของ “ป่าเข็ง” และ “พระบิดา” สะท้อนให้เห็นว่าการให้ข้อมูล การสื่อสาร ของระบบการแพทย์และสาธารณสุขเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อช่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพ สังคมไทยจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพ ให้เป็นการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ยกระดับเป้าหมายจากการเปลี่ยนพฤติกรรมตามคำแนะนำไปเป็นการเข้าถึง หรือ หาข้อมูลเป็น จะด้วยการสอบถาม หรือ ค้นหาข้อมูลจากระบบดิจิทัล และการทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้รับ และเลือกใช้ข้อมูลที่เชื่อถือได้ในการตัดสินใจ และวางแผนจัดการตนเองในบริบทที่ใช้ชีวิตอยู่ จนเกิดผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้น หรือ พูดอีกนัยหนึ่งก็คือ การตั้งเป้าหมายเร่งพัฒนาคนไทยทุกคนให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literate individual) และมุ่งเป้าให้สังคมไทยเป็นสังคมรอบรู้สุขภาพ (health literate society)

นอกจากนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ หรือ ไม่เพียงพอของประชาชน ยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่สูงขึ้น การที่มีผู้ใช้บริการในแผนกฉุกเฉินมากขึ้น หรือ การมาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกเมื่อมีอาการหนักแล้ว เป็นภาพที่พบเห็นกันเป็นประจำในระบบบริการด้านการแพทย์ หรือ โรงพยาบาล ส่วนหนึ่งก็เนื่องมาจากการที่คนจำนวนหนึ่งไม่สามารถทำตามคำแนะนำด้านสุขภาพ หรือ ไม่สามารถปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต และการประกอบอาชีพ ให้เกิดสมดุลสุขภาพที่ดีได้ ดังนั้น การพัฒนาให้คนไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงพัฒนาศักยภาพของตนเอง ให้มีคุณลักษณะในการเข้าถึง เข้าใจ และ ใช้ข้อมูลในการตัดสินใจที่ถูกต้องจึงเป็นสิ่งสำคัญ

ภาพที่ 1 : ระบบหลักของการขับเคลื่อนความรู้ด้านสุขภาพ



ที่มา : The Institute of Medicine’s Health Literacy Framework with Potential Intervention Points. (IOM, 2004)

แนวคิดเชิงนิเวศวิทยาเพื่อสุขภาพ

กลุ่มนักวิชาการของ Institute of Medicine¹ เมื่อ ค.ศ. 2004 ได้อธิบายว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกิดจากปัจจัยหลัก 2 ส่วน คือ (1) บุคคล กับ (2) สังคม ในส่วนของบุคคล คนที่มีความรอบรู้สุขภาพคือ คนที่มีศักยภาพในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจข้อมูล และนำข้อมูลไปใช้ในการตัดสินใจ วางแผนจัดการตนเองในบริบทชีวิตหรือสิ่งแวดล้อมของตนเอง จนทำให้มีสุขภาพที่ดีและปลอดภัย สำหรับในส่วนของสังคม หมายถึงสังคมที่มีการจัดปัจจัยเอื้อ มีโครงสร้างทางกายภาพ เทคโนโลยีระบบ ข้อตกลงในการอยู่ร่วมกัน และบริการที่เอื้อให้บุคคลสามารถพัฒนาศักยภาพรอบรู้ด้านสุขภาพได้อย่างเท่าทันกับการเปลี่ยนแปลงของสังคม และเศรษฐกิจได้จริง

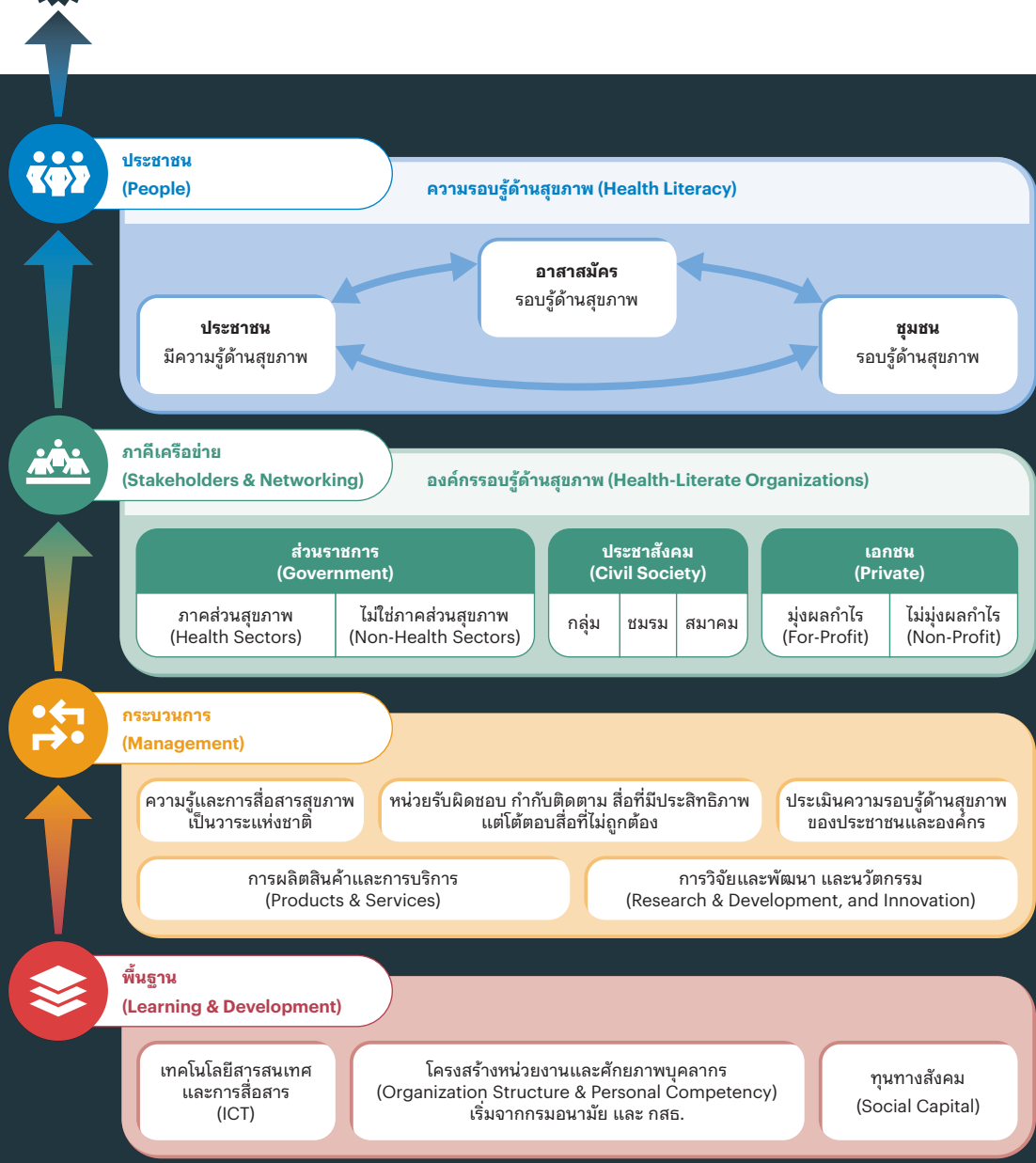
การที่บุคคลจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ เป็นหน้าที่ของคน ๆ นั้นที่จะเรียนรู้และพัฒนาตนเอง แต่อีกส่วนหนึ่งก็เป็นหน้าที่ของระบบต่าง ๆ ในสังคมที่จะทำให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วย นั่นก็คือ **ระบบครอบครัว** ที่บุคคลได้ถูกพัฒนาตั้งแต่เกิด เช่น การอยู่ร่วมกันในครอบครัว วัฒนธรรมการปฏิบัติตามกลุ่มชาติพันธุ์ ซึ่งมีรวมถึงวิถีคิด ความเชื่อ ศาสนา ค่านิยมที่ส่งผลต่อการตัดสินใจ เมื่อถึงวัยเข้าสู่ระบบการศึกษา เป้าหมายของ **ระบบการศึกษา** คือ การทำให้นักเรียนมีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ ใช้ตัวเลขใช้ภาษาสื่อสาร กิจกรรมการเรียนรู้ที่เน้นการอ่าน การเขียน การคิดวิเคราะห์ ตีความ ซึ่งช่วยผู้เรียนให้มีความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ และตัดสินใจในการนำข้อมูลไปใช้ อีกระบบหนึ่งที่สำคัญ คือ **ระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข** หรือ ระบบโรงพยาบาลนั่นเอง ซึ่งต้องจัดบริการด้วยแนวคิดความ

รอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้งกลุ่มผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ดังนั้น ผู้นำในองค์กรหรือระบบสังคม จำเป็นต้องมีแผนการพัฒนาที่มีเป้าหมายที่ครอบคลุมการให้ข้อมูลที่ง่าย มีโครงสร้าง กลไก ที่เอื้อให้คนในสังคมสามารถเข้าถึงข้อมูล และ นำข้อมูลไปใช้ในการจัดการชีวิต และ ประกอบอาชีพ ที่ส่งผลให้เกิดสุขภาพดี มีการเจ็บป่วยน้อยลง และ ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาลดน้อยลง (ภาพที่ 1)

กรณี “ป่าแข็ง” หรือ “พระบิดา” หากใช้กรอบแนวคิดของ Institute of Medicine สามารถอธิบายได้ว่า ปัญหาดังกล่าวเป็นปัญหาที่เกิดในสังคมที่คนอาจมีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้จำกัด โดยมีบุคคลที่เป็นผู้นำทางความคิด มีความสัมพันธ์และผูกพันกับคนในชุมชน จนเกิดความเชื่อถือนับถือกันด้านจิตใจ และมีการสื่อสารที่เข้าใจง่าย ดังนั้น การตัดสินใจของผู้รับข้อมูล จึงมาจากการบอกเล่าและประสบการณ์แบบปากต่อปาก ในเครือข่ายของคนที่มีวัฒนธรรมมากกว่าการได้รับข้อมูลที่เป็นวิทยาศาสตร์การแพทย์ ซึ่งยากต่อความเข้าใจ ดังนั้น วิธีแก้ปัญหาคือ **พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของสังคม ด้วยศาสตร์ด้านสาธารณสุขชุมชน เสริมพลังอำนาจ คน สังคม/ชุมชน ให้ข้อมูลข่าวสารที่ง่ายต่อความเข้าใจ และ สร้างวัฒนธรรมการตัดสินใจด้วยข้อมูลร่วมกันระหว่างผู้รับบริการ ครอบครัว และ ผู้ให้บริการ หรือ โรงพยาบาล และ ระบบการศึกษา ทั้งในระบบปกติ และ การศึกษาตามอัธยาศัย หรือ การศึกษาตลอดชีวิต** ซึ่งมีเป้าหมายขั้นต่ำ คือ การอ่านออกเขียนได้ และ เป้าหมายสุดท้ายคือ คนไทยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ อีกนัยหนึ่ง กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพมุ่งให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับต่าง ๆ ที่สัมพันธ์เชื่อมโยงกันทั้งระดับบุคคล และสิ่งแวดล้อมทางสังคม หรือที่เรียกว่า **กรอบแนวคิดเชิงนิเวศวิทยาเพื่อสุขภาพ**^{2,3} นั่นเอง โดยกรอบแนวคิดดังกล่าวได้ถูกนำไปเป็นพื้นฐานการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในสหภาพยุโรป ที่มุ่งเป้าให้เกิดการพัฒนาในระดับบุคคล และ ระดับประชากร หรือ สังคมโดยรวม

สังคมไทย เป็นสังคมรอบรู้ด้านสุขภาพ ภายในปี 2569 (Health-Literate Thai Society in 2026)

ภาพที่ 2 : ยุทธศาสตร์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของไทย



ที่มา : ชลธิศ จุไรเลิศกุล (ปรับ)

การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของไทย

การขับเคลื่อนการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของไทย เริ่มเห็นผลเป็นรูปธรรม เมื่อมีการผลักดันประเด็นนโยบาย “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” สู่แผนปฏิรูปประเทศไทยด้านสาธารณสุขเมื่อปี 2559⁴ ทำให้มีการกำหนดเป้าหมาย แผนงานระดับชาติ และตัวชี้วัดเรื่องการปฏิรูปความรอบรู้ด้านสุขภาพและการสื่อสารสุขภาพไว้อย่างชัดเจน ในแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีกรมอนามัยเป็นหน่วยงานหลัก มีเป้าหมาย คือ การเป็นสังคมแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ⁵ โดยประชาชนไทยทุกคนมีทักษะในการเข้าถึงสุขภาพและบริการสุขภาพ เข้าใจข้อมูล สามารถตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้ ไม่ใช่เพียงองค์กรด้านสุขภาพเท่านั้นที่ต้อง

พัฒนา แต่หน่วยงานและองค์กรภาคประชาสังคมต่าง ๆ จำเป็นต้องมีส่วนร่วมในการพัฒนา เพื่อสร้างสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้ประชาชน เข้าถึง เข้าใจ ตัดสินใจ และปรับใช้ข้อมูลเพื่อดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพให้อยู่ในยุทธศาสตร์ 20 ปีของกระทรวงฯ โดยมีเป้าหมายให้สังคมไทยเป็นสังคมแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ⁶ โดยทุกองค์กรต้องจัดระบบ กระบวนการ และบริการที่ให้ความสำคัญกับเรื่องข้อมูลและการสื่อสารที่เอื้อให้บุคลากรมีความสามารถในการสื่อสาร ให้ข้อมูล

และความรู้สุขภาพ เพื่อให้ผู้รับบริการ และภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกระบบสุขภาพเกิดความเข้าถึง เข้าใจ นำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ในชีวิตได้ มีการวางยุทธศาสตร์ 4 ด้าน (ภาพที่ 2) ได้แก่

- 1 **ด้านพื้นฐาน** โดยการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสาร ทูททางสังคม รวมถึงปรับโครงสร้างของหน่วยงานและศักยภาพของบุคลากร
- 2 **ด้านกระบวนการ** ด้วยการผลิตสินค้าและบริการ ที่ส่งเสริมการเข้าถึง เข้าใจ ให้ความรู้และการสื่อสาร กำกับติดตาม มีการประเมินความรอบรู้ทั้งประชาชนและองค์กร รวมถึงการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมต่าง ๆ
- 3 **ด้านภาคีเครือข่าย** พัฒนางค์กรต่าง ๆ ภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคม ให้เป็นองค์กรรอบรู้สุขภาพ
- 4 **ด้านประชาชน** ทำให้ประชาชนและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเชื่อมโยงอาสาสมัครรอบรู้ด้านสุขภาพ

สำหรับการดำเนินการขับเคลื่อนนั้น มีการดำเนินการร่วมกันระหว่างหน่วยงานหลัก ๆ คือ กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัยเป็นหน่วยงานหลัก ร่วมกับสมาคมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไทย และคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยกรมอนามัยได้เสนอกรอบแนวคิดการดำเนินงานความรู้สุขภาพของประเทศไทย

และกรอบแนวคิดในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพระดับบุคคล⁷ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่

- การส่งเสริมสุขภาพ
- การป้องกันโรค
- การจัดบริการสุขภาพ
- การคัดกรองและเลือกรับผลิตภัณฑ์สุขภาพ

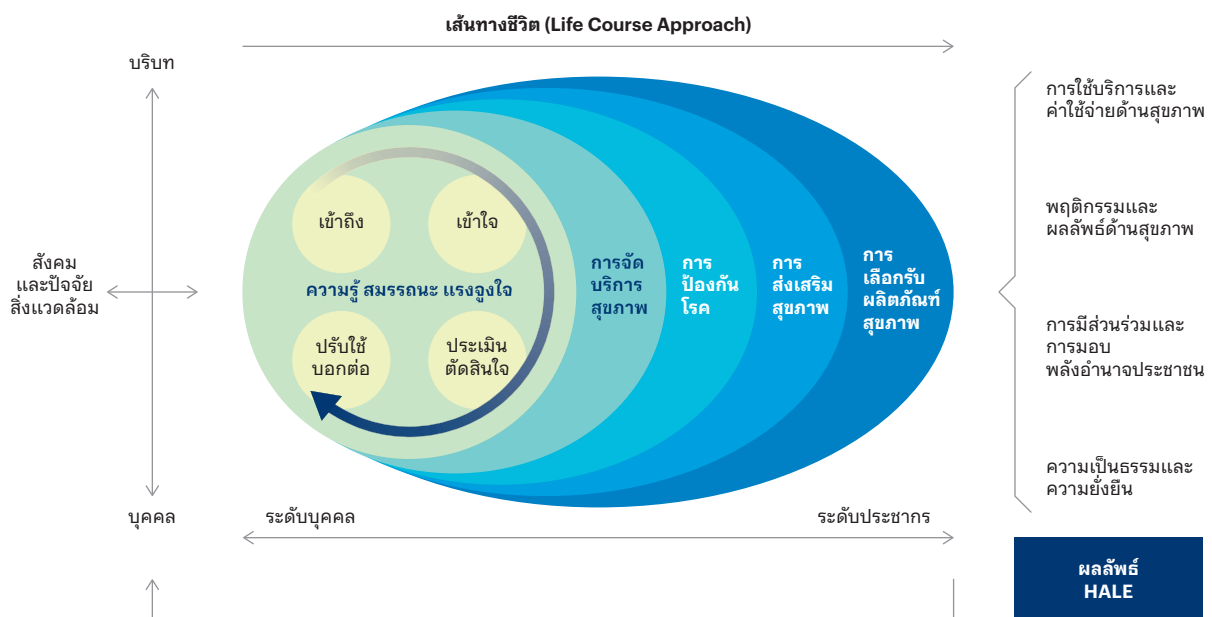
ซึ่งเพิ่มเติมจากกรอบแนวคิดการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในสหภาพยุโรป (ยุโรปมี 3 ด้าน คือ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการรับบริการสุขภาพ) และมีการใช้มิติความรู้ด้านสุขภาพตัววี หรือที่เรียกว่า V shape ประกอบด้วย

- เข้าถึง
- ตัดสินใจ
- เข้าใจ
- เปลี่ยนพฤติกรรม
- สอบถาม
- บอกต่อ

โดยมีการพัฒนาตลอดทุกช่วงวัยในบริบทสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ตามแนวคิดเส้นทางชีวิตและสุขภาพ (ภาพที่ 3)

ภาพที่ 3 : กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพประเทศไทย

ที่มา : ชลธิศ อุไรเสศกุล (Urb)



การพัฒนาชุมชนเป็นชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ

ทั้งนี้ การดำเนินการขับเคลื่อนที่ผ่านมา กรมอนามัยได้ดำเนินการกิจกรรมต่าง ๆ⁷ ได้แก่ จัดเวทีการขับเคลื่อนความรู้ด้านสุขภาพในทุกระดับ ทั้งระดับประเทศ ระดับเขต ระดับจังหวัด สนับสนุน การปรับนโยบายของภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและ เอกชน เพื่อให้เกิดการใช้และให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ สุขภาพ รวมถึงปัจจัยกำหนดสุขภาพ จัดทำประเด็น สื่อสารหลัก 66 ข้อ เพื่อความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นข้อมูล ความรู้ และทักษะพื้นฐานด้านสุขภาพ ในทุกกลุ่มวัย รวมถึงภาคีต่าง ๆ ในการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพ ประเมินความรู้ด้าน สุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ซึ่งมีการสำรวจครั้งแรกในปี 2562 โดยพัฒนาเครื่องมือวัด ตามกรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพประเทศไทย ข้างต้น และพัฒนาองค์ประกอบรู้สุขภาพ หรือ Health Literacy Organization (HLO) ซึ่งมีการพัฒนานำร่องใน หลายองค์กร หรือสถานบริการ โดยเฉพาะสถานบริการ สุขภาพ จะต้องพัฒนาหรือปรับระบบบริการให้เอื้อต่อ การเข้าถึง เข้าใจ ของผู้รับบริการให้สามารถประเมิน ข้อมูลและนำไปสู่การตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเอง

การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของ ประชาชนในพื้นที่ มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จของยุทธศาสตร์ ความรู้ด้านสุขภาพของไทย สามารถขับเคลื่อนได้ด้วยชุมชน รอบรู้ด้านสุขภาพ ที่มุ่งเน้นให้ชุมชนมีความสามารถในการแก้ปัญหา ของชุมชนเอง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐและ เอกชน และประชาชนที่เห็นความสำคัญของสุขภาพทุกกลุ่มวัยที่ เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินการ พัฒนา ส่งเสริมความรู้ ด้านสุขภาพ โดยชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ และคณะ⁸ ได้แนะนำ กระบวนการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน ดังนี้

เรียนรู้ชุมชน และคนในชุมชน ซึ่งเป็นการศึกษาทุนมนุษย์ ทุนสังคม ข้อมูลบริบทของพื้นที่ สภาวะสุขภาพของประชาชน ข้อมูลความรู้ ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นสาเหตุของปัญหา ข้อมูล ความต้องการของกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่ม แต่ละวัย⁹ ทั้งนี้อาจพัฒนา โปรแกรมการเก็บข้อมูล และประมวลผล เพื่อให้ชุมชนสามารถนำมา ใช้ออกแบบวางแผนการดำเนินงานให้ง่ายขึ้น

ค้นหาทุนมนุษย์ ทุนสังคม ทุนมนุษย์ คือบุคคลที่จะมาช่วยขับเคลื่อน หรือทำงานให้สำเร็จ เป็นบุคคลที่มีความสามารถหรือความเก่ง ชำนาญ ด้านต่าง ๆ อาจเป็น ผู้นำ แกนนำ เยาวชน ที่มีความชำนาญในแต่ละ ด้าน ส่วนทุนสังคม เป็นภาคีเครือข่าย ที่ทำงานร่วมกัน สนับสนุน หรือ ช่วยเหลือชุมชนในด้านต่าง ๆ



ที่มา : oec.anamai.moph.go.th/kpw-2566/download/?did=211559&id=97965

ภาพประชาสัมพันธ์กิจกรรม “สาสุข อุ่นใจ” ที่กรมอนามัยจัดขึ้นเพื่อยกระดับ สถานบริการสาธารณสุขให้เป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (health-literate organization)



ที่มา : https://www.si.mahidol.ac.th/hotnewsdetail.asp?hn_id=2370

การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่ผู้ที่มีภารกิจในการให้บริการและสื่อสารกับผู้ป่วยโดยตรง เช่น พยาบาลและเภสัชกร ในการสร้างความรอบรู้สุขภาพแก่ประชาชน โดย คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล



ที่มา : maekreecity.go.th/?p=15015

ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา จัดกิจกรรมยกระดับความรู้ด้านสุขภาพประชาชน และสุขภาพสถานประกอบการ

การค้นหาคนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพกลุ่มต่าง ๆ เช่น คนที่ชอบซักถาม คนที่ตัดสินใจด้วยข้อมูล คนที่เล่าหรือบอกต่อความสำเร็จของการเปลี่ยนแปลงตนเองได้ เพื่อนำมาเสริมสร้างความรอบรู้ หรือเป็นผู้สนับสนุนหรือเสริมแรงในการดำเนินงาน เช่น เป็นต้นแบบ และถ่ายทอดความสำเร็จ และช่วยเพื่อนที่มีปัญหาเดียวกัน

กระตุ้นการมีส่วนร่วม ด้วยข้อมูลที่ได้จากการเรียนรู้ชุมชนข้างต้น เช่น ข้อมูลการเจ็บป่วย อาชีพ หรือระดับความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อนำไปสื่อสารพูดคุยกับเครือข่ายและประชาชนทุกกลุ่มวัย เพื่อหาแนวทางวางแผนพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ

ตัดสินใจร่วมกัน ในการวางแผน และตั้งเป้าหมายหรือตัวชี้วัดของการดำเนินการ โดยเน้นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันด้วยข้อมูล ตัดสินใจร่วมกัน ที่เข้าใจง่าย เช่น ภาพ แผนที่ ตาราง แผนภูมิ หรือเรื่องเล่า

มีการจัดตั้งกลไกการทำงานร่วมกัน การแบ่งบทบาทหน้าที่ ช่วยกันดำเนินงาน

จัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มความรอบรู้สุขภาพของชุมชน มีทั้งการเรียนรู้และการสื่อสารสุขภาพ รวมไปถึงการพัฒนาหรือจัดสิ่งแวดลอมที่เอื้อต่อการเพิ่มความรอบรู้ในรูปแบบที่หลากหลาย

ถอดบทเรียนและสรุปการประเมินผลลัพธ์ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาต่อยอดความสำเร็จในการดำเนินการที่ผ่านมา รวมทั้งเป็นตัวอย่างในการพัฒนาของชุมชนอื่น ๆ ต่อไป

การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จากการสรุปประเมินและถอดบทเรียน นำมาพัฒนาต่อเนื่อง และขยายผลไปสู่กลุ่ม หรือองค์กรอื่น ๆ



ที่มา : anamai.moph.go.th/th/news-anamai/43308

กรมอนามัยฝึกอบรบสามเณรให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม และเพียงพอต่อการมีสุขภาพที่ดี เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

สรุป

ความรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้คนในสังคมมีทักษะในการเข้าถึงสุขภาพและบริการสุขภาพ มีความรู้ความเข้าใจ และเลือกใช้อย่างเหมาะสม เชื่อถือ จนสามารถตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพยังมุ่งให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับต่าง ๆ ที่สัมพันธ์เชื่อมโยงกัน ทั้งระดับบุคคล และสิ่งแวดล้อมทางสังคม ซึ่งรวมถึงองค์กรด้านสุขภาพ เช่น หน่วยงาน องค์กร และภาคประชาสังคมต่าง ๆ ที่มีส่วนร่วมในการสร้างระบบนิเวศที่เอื้อต่อสังคมรอบรู้สุขภาพ สำหรับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพระดับบุคคล ประเทศไทย ได้เน้นใน 4 ด้าน ได้แก่

การส่งเสริมสุขภาพ

การป้องกันโรค

การจัดบริการสุขภาพ

การคัดกรองและเลือกรับผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ส่วนในระดับชุมชนและสังคม ภาคีเครือข่ายต่าง ๆ มีบทบาทสำคัญในกระบวนการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน เช่น การทำความเข้าใจของบริบทแต่ละพื้นที่ การค้นหาทุนมนุษย์ และทุนสังคม ที่จะมาช่วยขับเคลื่อน หรือทำงานให้สำเร็จ โดยการกระตุ้นการมีส่วนร่วมของประชาชน การสร้างกลไกการมีส่วนร่วมและตัดสินใจร่วมกันของคนในชุมชน และการจัดทำโครงการและกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้และทักษะตลอดจนการถอดบทเรียน เพื่อการพัฒนาการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และขยายผลไปยังชุมชนอื่น ๆ ต่อไป

รู้ทัน “แก๊งคอลเซ็นเตอร์”!

“ ในปี 2564 ประเทศไทยมีการโทรศัพท์เพื่อหลอกลวงจากแก๊งคอลเซ็นเตอร์กว่า 6.4 ล้านครั้ง เพิ่มขึ้นจากระยะเดียวกันของปี 2563 ถึง 270% และพบการส่งข้อความ SMS หลอกลวงทางการเงินเพิ่มขึ้นถึง 57% แต่การรับมือกับปัญหาดังกล่าวมีข้อจำกัดทั้งในด้านกฎหมาย การขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ และการสร้างภูมิคุ้มกันให้กับคนในสังคม ”

บทนำ

ปัจจุบัน คนไทยมีชีวิตที่ต้องอาศัยสมาร์ตโฟนอย่างหลีกเลี่ยงได้ยาก ไม่ว่าจะเป็นการทำธุรกิจ การสั่งซื้อสินค้า การเรียนการสอน การธนาคาร หรือแม้แต่บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข แม้แต่บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขแน่นอนว่าความสะดวกสบายที่เกิดขึ้นย่อมมีเหรียญสองด้านเสมอ ในอีกด้านหนึ่ง การใช้ความรู้ไปในทางที่ผิดของกลุ่มมิจฉาชีพได้พัฒนากลโกงและรูปแบบการหลอกลวงใหม่ๆ ตลอดเวลาแน่นอนเรากำลังพูดถึง “แก๊งคอลเซ็นเตอร์” ภัยอาชญากรรมทางเทคโนโลยี แก๊งคอลเซ็นเตอร์ ไม่ได้ทำแค่โทรศัพท์มาหลอกลวงให้คนพึ่งตกหลุมพรางเท่านั้น แต่แก๊งคอลเซ็นเตอร์มีขบวนการหลอกลวงหลายรูปแบบ เช่น การส่งข้อความ SMS หลอกลวงด้วยอุบายว่า คุณได้รับสิทธิ์ ได้รับรางวัล ได้วงเงินกู้จากธนาคาร ไปจนกระทั่งสร้างเว็บไซต์ปลอม แอปพลิเคชันปลอมขึ้นมาเลียนแบบองค์กรต่างๆ เพื่อหลอกลวงเอาข้อมูลส่วนตัวของเหยื่อ รวมถึงอ้างเป็นแพลตฟอร์มธนาคาร และร้านค้าออนไลน์ให้ประชาชนหลงเชื่อทำธุรกรรมทางการเงิน มิจฉาชีพคอลเซ็นเตอร์เหล่านี้มักทำงานเป็นขบวนการเป็นเครือข่าย โดยมีตัวการสำคัญคือเหล่า “บัญชีม้า” ที่รับจ้างเปิดบัญชีรับโอนเงินจากผู้เสียหายเพื่อส่งต่อกับแก๊งคอลเซ็นเตอร์ ซึ่งการตรวจสอบเข้าถึงกลุ่มบัญชีม้าเป็นไปได้ยาก เนื่องจากเป็นเรื่องข้อมูลส่วนบุคคลที่ต้องใช้เวลาในการตรวจสอบ การแก้ปัญหาแก๊งคอลเซ็นเตอร์เป็นเรื่องซับซ้อน เนื่องจากมีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อีกทั้งข้อกฎหมายก็ยังเป็นอุปสรรคเนื่องจากตามไม่ทันกับเทคโนโลยีและกลโกงที่เปลี่ยนแปลงไป และที่สำคัญคือ การสร้างภูมิคุ้มกันให้กับคนในสังคมได้ตระหนักรู้ถึงพิษภัยของแก๊งคอลเซ็นเตอร์ ซึ่งต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องจริงจัง บทความนี้เป็นการอธิบายถึงรูปแบบต่างๆ และปัญหาการปราบปรามแก๊งคอลเซ็นเตอร์ในประเทศไทย และการขับเคลื่อนทางสังคม เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว

รู้จักแก๊งคอลเซ็นเตอร์

แก๊งคอลเซ็นเตอร์ เป็นอาชญากรรมทางเศรษฐกิจที่หากินกับความตื่นกลัว ความโลภ และการสร้างความสัมพันธ์กับเหยื่อหรือผู้เสียหาย คำว่าแก๊งคอลเซ็นเตอร์ หรือที่เรียกอีกอย่างว่า คดีคอลเซ็นเตอร์ นั้น เริ่มแพร่หลายมาจากไต้หวัน โดยในตอนแรกไม่ได้ใช้คำว่าคอลเซ็นเตอร์ แต่ใช้คำว่า เอทีเอ็มเกมส์ เป็นการสร้างกลโกงโดยแอบอ้างแสดงตนเป็นผู้อื่น แล้วหลอกลวงให้เหยื่อเชื่อทางโทรศัพท์เพื่อให้เหยื่อไปที่ตู้ ATM และทำการโอนเงินแก่คนร้าย โดยมีรูปแบบที่ใช้หลอกลวงเหยื่อใน 2 ลักษณะ คือหลอกลวงด้วยความโลภ และหลอกลวงด้วยความกลัว ดังนี้

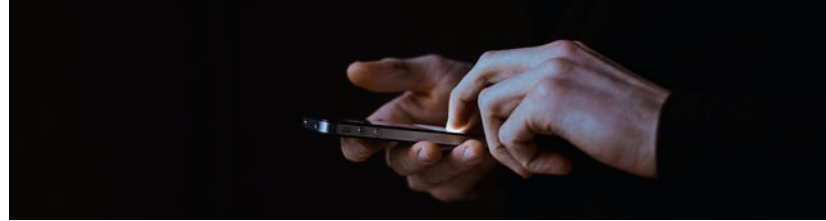
1 การหลอกลวงด้วยความโลภ เช่น การหลอกลวงผู้เสียหายว่าได้รับคืนภาษี ถูกรางวัล ได้รับเช็คคืนภาษี ฯลฯ โดยอ้างว่าต้องจ่ายค่าบริการและค่าธรรมเนียมต่าง ๆ เมื่อผู้เสียหายหลงเชื่อ ก็จะโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารของคนร้ายที่ได้เปิดรองรับไว้

2 การหลอกลวงด้วยความกลัว จะหลอกลวงผู้เสียหายว่าเป็นหนี้ค่าโทรศัพท์ หนี้บัตรเครดิต มีบัญชีธนาคารที่พัวพันกับยาเสพติด บัญชีธนาคารจะถูกอายัดและถูกตรวจสอบ เมื่อผู้เสียหายหลงเชื่อจะทำธุรกรรมทางการเงินตามที่กลุ่มคนร้ายบอก เช่น นำบัตรเอทีเอ็มไปถอนเงินและนำไปฝากเข้าบัญชีธนาคารที่กลุ่มคนร้ายเปิดไว้

สำหรับโครงสร้างของแก๊งคอลเซ็นเตอร์ จะมีนายทุนใหญ่เป็นชาวต่างชาติ มีทีมงาน แบ่งเป็นแผนกต่าง ๆ เช่น แผนกสร้างเรื่อง คอยสร้างเรื่องราว เขียนสคริปต์และบทพูด แผนกจิตวิทยา ทำหน้าที่วิเคราะห์พฤติกรรมเพื่อนำมาทำเป็นสคริปต์ แผนกเทรนนิ่ง สร้างทีมฝึกวิธีการพูด ทั้งที่มาด้วยความเต็มใจและหลอกลวง แผนกหาเหยื่อเพื่อเข้าร่วมทีม แผนกหา “บัญชีม้า” (ซึ่งคือบัญชีทางผ่านเพื่อรับโอนเงินระหว่างเหยื่อและมิจฉาชีพ ที่ต้องใช้บัญชีธนาคาร หรือการซื้อขายของผิดกฎหมาย) ดำเนินการโอนเงินเข้าสู่เครือข่าย มีฐานบัญชาการตั้งอยู่ที่ต่างประเทศในประเทศที่มีกฎหมายเอื้อต่อนักลงทุน และมีนายทุนเป็นชาวต่างชาติ

แก๊งคอลเซ็นเตอร์ในประเทศไทย

แก๊งคอลเซ็นเตอร์เข้ามาระบาดอย่างกว้างขวางในไทย ตั้งแต่ปี 2550 เป็นต้นมา และขยายตัวอย่างรวดเร็วจนถึงปัจจุบัน โดยเหยื่อมักจะเป็นผู้สูงอายุ ข้าราชการเกษียณที่มีเงินเก็บสะสม หรือผู้หญิงที่มักติดนักร้องกับกลองฉ้อฉลของคนร้าย ธนาคารแห่งประเทศไทย (ธปท.) ได้ออกรายงาน Bi-monthly Payment Insight ฉบับที่ 14/2565¹ เรื่อง Financial Fraud : กลโกงทางการเงินใกล้ตัวกว่าที่คิด โดยเปิดสถิติ Financial Fraud หรือการหลอกลวงทางการเงินในปี 2564 โดยระบุว่า พบการโทรศัพท์เพื่อหลอกลวงจากแก๊งคอลเซ็นเตอร์ทั้งสิ้น 6.4 ล้านครั้ง เพิ่มขึ้นจากระยะเดียวกันของปี 2563 ถึงร้อยละ 270 และพบการส่งข้อความ SMS หลอกลวงทางการเงินเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 57 ในช่วงเดียวกัน รายงานดังกล่าวยังอ้างอิงผลการสำรวจของสวนดุสิตโพล มหาวิทยาลัยสวนดุสิต เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2565 จากประชาชน 1,221 ตัวอย่าง พบว่า คนไทย ร้อยละ 21 เคยพบแก๊งคอลเซ็นเตอร์โทรมาด้วยตนเอง ขณะที่ร้อยละ 32.9 ระบุว่า คนที่รู้จักเคยได้รับการติดต่อจากแก๊งคอลเซ็นเตอร์ และอีกร้อยละ 40.2 รับทราบปัญหาแก๊งคอลเซ็นเตอร์จากสื่อต่าง ๆ



ที่มา : unsplash.com/photos/pb_lF8VWaPU

นอกจากนี้ ธปท. ยังได้เปิดเผยมูลค่าการฉ้อโกงธุรกรรมทางการเงิน ซึ่งสถาบันการเงินดำเนินการพิสูจน์แล้วถึงที่สุดว่ามี การฉ้อโกงขึ้นจริง ตั้งแต่ปี 2561-2564 พบว่า มีมูลค่าสูงขึ้นเรื่อย ๆ และส่วนใหญ่เป็นการฉ้อโกงผ่านการใช้โทรศัพท์และอินเทอร์เน็ตเพื่อหลอกลวง โดย

ปี 2561 มีมูลค่า 600-700 ล้านบาท

ปี 2562 มีมูลค่า 1,200 ล้านบาท

ปี 2563 มีมูลค่า 700 ล้านบาท

ปี 2564 มีมูลค่าเพิ่มเป็นกว่า 1,500 ล้านบาท

ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับในต่างประเทศ ที่มีการโทรและส่งข้อความหลอกลวงเพิ่มขึ้นทั่วโลก²

สำหรับประเทศไทย สถิติการดำเนินคดีทางอาชญากรรมออนไลน์ที่สำคัญ ตั้งแต่เดือนมกราคม-พฤศจิกายน 2565 พบว่ามีรูปแบบต่าง ๆ ดังนี้³

1	การปิดกั้นข้อความ SMS/โทรหลอกลวง จำนวน	94,043	หมายเลข
	ดำเนินคดีแก๊งคอลเซ็นเตอร์	46	คดี
	จับกุมผู้ต้องหาตามหมายจับ	60	ราย
2	การอายัดบัญชีม้า จำนวน	47,245	บัญชี
	ปิดกลุ่มโซเชียลมีเดียซื้อขายบัญชีม้า จำนวน	8	กลุ่ม
3	การดำเนินคดีหลอกลวงลงทุน - ระดมทุนออนไลน์และหลอกลวงทางการเงิน	562	คดี
	จับกุมผู้ต้องหา	578	ราย
4	การปราบพนันออนไลน์ โดยดำเนินคดี	287	คดี
	มีผู้ต้องหา	430	ราย
	ปิดกั้นเว็บไซต์พนัน	1,691	เว็บไซต์
5	การดำเนินคดีหลอกลวงซื้อขายสินค้าบริการออนไลน์	246	คดี
	จับกุมผู้ต้องหา	253	ราย

สำหรับกลยุทธ์ของแก๊งคอลเซ็นเตอร์ในไทย ข้อมูลจากศูนย์ปราบปรามอาชญากรรมทางเทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ (ศปอส.ตร.) หรือ ตำรวจไซเบอร์ สรุปรูปแบบการหลอกลวงออนไลน์ของแก๊งคอลเซ็นเตอร์ ไว้ 18 รูปแบบ⁴ ดังนี้

- หลอกขายสินค้าออนไลน์** แต่ไม่ได้รับสินค้า/หรือได้รับสินค้าแต่ไม่ตรงตามโฆษณา
- หลอกให้ทำงานเสริมออนไลน์** โดยชักชวนทำงานออนไลน์ที่ไม่มีอยู่จริง โดยอ้าง Platform ที่น่าเชื่อถือ เช่น TikTok, YouTube, Lazada เป็นต้น โดยหลอกลวงให้กด like กด share เพื่อเพิ่มยอดวิว แกล้งรับออเดอร์ทำสต็อกสินค้า แต่สุดท้าย หลอกเอาเงินที่อ้างว่าเป็นเงินค่าประกันจากเหยื่อ
- เงินกู้ออนไลน์ (เงินกู้ทิพย์)** ไม่ได้เงินจริง หลอกเอาข้อมูลเงินค่าประกัน ค่าธรรมเนียม เลขที่บัญชีธนาคารจากเหยื่อ โฆษณาชวนเชื่อ กู้โดยไม่ต้องมีหลักค้ำประกัน หลอกเอาข้อมูลส่วนบุคคลในโทรศัพท์ของเหยื่อ เพื่อโทรตามทวงหนี้คนใกล้ชิดเรียกดอกเบี้ยโหด และให้ชุดใช้หนี้ที่ไม่มีหมด
- ข่มขู่ให้เกิดความหวาดกลัว** โทรศัพท์มุ่งเป้าหาเหยื่อ โดยอ้างว่าเกี่ยวข้องกับกรรณการส่งพัสดุผิดกฎหมาย การกระทำผิดกฎหมาย หรือโดนอายัดบัญชีธนาคาร แล้วอ้างเป็นตำรวจ หรือเจ้าหน้าที่รัฐข่มขู่เรื่องกฎหมายฟอกเงิน ให้เหยื่อโอนเงินโดยพลการ
- หลอกลวงให้ลงทุนในรูปแบบต่าง ๆ** โดยอ้างเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการเงิน ชักชวนให้ลงทุนในธุรกิจที่ไม่มีจริง ให้ผลตอบแทนสูง สร้างภาพความน่าเชื่อถือ เช่น ลงทุนในธุรกิจน้ำมัน พลังงาน ทองคำ เงินดิจิทัล ตลาดหุ้น Forex ตลาดหลักทรัพย์ต่างชาติ เกมออนไลน์ เป็นต้น
- หลอกให้รักแล้วลงทุน** โดยปลอมแปลง Profile เป็นบุคคลหน้าตาดี เข้ามาตีสนิทจากแอปพลิเคชันหาคู่/หรือบัญชีออนไลน์ สอนให้ลงทุน แล้วหลอกให้ลงทุนในแอปพลิเคชันหรือโปรแกรมลงทุนปลอม เช่น เทรดหุ้นปลอม เงินดิจิทัลปลอม สกุลเงินปลอม ทองคำทิพย์
- หลอกให้รักแล้วโอนเงิน/หรือยืมเงิน** โดยปลอม profile เป็นบุคคลหน้าตาดี ทำความรู้จักผ่านบัญชีออนไลน์ ตีสนิทหลอกให้รัก ทำที่จะส่งทรัพย์สินมาให้จากต่างประเทศ แต่สุดท้ายลวงเอาเงินค่าธรรมเนียมต่าง ๆ หรือหลอกให้โอนเงิน โดยอ้างว่าจะคืนให้หลายเท่าตัว
- ปลอม หรือ hack** บัญชี LINE/Facebook แล้วมาหลอกยืมเงิน โดยส่งข้อความขอยืมเงินจากเพื่อนเจ้าของบัญชีตัวจริง
- แชร์ลูกโซ่** โดยหลอกให้ร่วมลงทุนในธุรกิจที่ไม่มีอยู่จริง เน้นให้เสาะหาเครือข่าย สร้างรายได้จากการเพิ่มสมาชิก

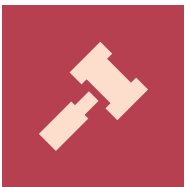
- การพนันออนไลน์** โดยโฆษณาชวนเชื่อ หว่านล้อมด้วยวิธีการต่าง ๆ ให้ค่าน้ำ (ค่าเสียเวลา) คินให้แก่ผู้เล่น และแจกสูตรการันตีผลตอบแทนที่ไม่มีจริง
- หลอกให้โหลด** โปรแกรมควบคุมคอมพิวเตอร์ทางไกล (เพื่อขโมยข้อมูล) โดยอ้างเป็นเจ้าของหน้าที่รัฐเพื่อถอนเงินจากบัญชีของเหยื่อ⁵
- ส่ง QR Code หลอกให้โอนเงิน** โดยคนร้ายอ้างว่าจะคืนค่าสินค้าให้ โดยหลอกให้เหยื่อสแกน QR code ซึ่งเป็นการโอนเงินให้แก่คนร้าย บางกรณีจะเป็นการให้เหยื่อกรอกข้อมูลบัญชีธนาคารและรหัสผ่าน เพื่อขโมยเงินของเหยื่อ
- ฉ้อโกงรูปแบบอื่น** โดยหลอกลวงด้วยเรื่องราวต่าง ๆ ให้โอนเงินให้คนร้าย เช่น ผู้โชคริได้รับรางวัล ได้ซื้อสินค้าราคาพิเศษ ได้โรงแรมที่พักฟรี ได้สิทธิ์พิเศษต่าง ๆ แต่ต้องชำระค่าธรรมเนียมให้คนร้าย ซึ่งแอบอ้างเป็นหน่วยงานต่าง ๆ เช่น ธนาคาร ปรรษณีย์ กรมศุลกากร โดยส่ง link ปลอม
- โฆษณาเชิญชวนไปทำงานต่างประเทศ** โดยหลอกให้หลบหนีออกนอกประเทศ บังคับกักขังให้ทำงานผิดกฎหมาย หรือใช้แรงงานเยี่ยงทาส
- หลอกลวงให้ถ่ายภาพ** ไปเปลือย ลามก อนาคตเพื่อใช้ข่มขู่เรียกเงินจากเหยื่อ
- ยินยอมให้ผู้อื่นใช้บัญชีธนาคาร (บัญชีม้า)** และร่วมกันกระทำความผิดฐานฉ้อโกงประชาชน ฟอกเงิน
- ส่งข่าวปลอม (Fake News)** ซึ่งแชร์ข่าวจากแหล่งข่าวที่ไม่น่าเชื่อถือ เช่น ข้อความลูกโซ่ที่ส่งต่อกันทางไลน์ เป็นต้น
- เรียกค่าไถ่ทางคอมพิวเตอร์ (Ransomware)** lock รหัส files และ folders ในคอมพิวเตอร์เพื่อใช้เรียกเงินจากเหยื่อ



ปัจจัยที่ทำให้ปัญหารุนแรง



๒๑ ปัญหาบัญชีม้า ปัญหาที่เกิดขึ้นทวีความรุนแรงมากขึ้นเนื่องจากกลุ่มมิจฉาชีพเปลี่ยนรูปแบบกลอุบายอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่กระบวนการตรวจสอบจับกุมแก๊งคอลเซ็นเตอร์ ต้องใช้ความร่วมมือจากหลายหน่วยงาน รวมไปถึงความร่วมมือระหว่างประเทศ เนื่องจากขบวนการเหล่านี้มักมีฐานปฏิบัติการอยู่ในประเทศเพื่อนบ้าน และมีกลุ่มทุนสีเทาที่มีอิทธิพลในประเทศอยู่เบื้องหลัง ทำให้การดำเนินคดีไม่ทันทั่วถึง แม้แต่การปิดช่องทางเครื่องมือของแก๊งคอลเซ็นเตอร์ ทั้งหมายเลขโทรศัพท์ หรือเว็บไซต์ แอปพลิเคชันปลอมต่าง ๆ ก็ต้องผ่านกระบวนการขั้นตอนการขอคำสั่งศาล ตลอดจนกระบวนการปิดบัญชีม้า และการเอาผิดคนกลุ่มนี้ก็ทำได้ยาก ด้วยข้อจำกัดทางกฎหมาย เนื่องจากในปัจจุบันกฎหมายยังไม่ได้กำหนดให้การเปิดบัญชีธนาคารที่นำไปใช้เป็นบัญชีม้าเป็นความผิดโดยเฉพาะ ทำให้ในทางปฏิบัติ ต้องใช้ข้อกฎหมายอื่นในการดำเนินคดี นอกจากนี้ ในด้านการสืบสวนพบว่า การโอนเงินของคนร้ายเป็นทอด ๆ จากบัญชีม้าที่ 1 ไปถึงบัญชีม้าที่ 4 หรือที่ 5 สามารถทำได้อย่างรวดเร็วผ่านช่องทาง mobile banking หรือ mobile application ขณะที่การสืบสวนของเจ้าหน้าที่ จะมีขั้นตอนในการขอข้อมูลบัญชีเงินฝากจากสถาบันการเงินซึ่งมีระยะเวลาในการดำเนินการ ทำให้ไม่สามารถระงับการถอนเงินออกจากบัญชีเงินฝากธนาคารได้อย่างทันทั่วถึง และต้องใช้เวลาในการติดตามเงินคืนให้กับผู้เสียหาย ทำให้ปัญหาจับจ้องเปิดบัญชีม้ายังคงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และถือเป็นปัญหาต้นน้ำของขบวนการนี้ ข้อจำกัดนี้จึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ปัญหาแก๊งคอลเซ็นเตอร์ยังคงลอยนวล เป็นปัญหาเรื้อรัง ที่ติดตามจับกุมได้ยาก



๒๒ ปัญหาด้านกฎหมาย ปัจจุบัน ในไทยมีการบังคับใช้กฎหมายหลายฉบับในการเอาผิดแก๊งคอลเซ็นเตอร์ ซึ่งขึ้นอยู่กับแต่ละพฤติกรรม แม้จะไม่มีกฎหมายเฉพาะ แต่ก็มีความหมายควบคุมที่มีโทษสูงพอสมควร อาทิ



ความผิดด้านการนำข้อมูลเท็จเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ เกิดความเสียหายแก่ประชาชนตามพระราชบัญญัติว่าด้วยการกระทำความผิดเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม มาตรา 14(1) ประกอบวรรคสอง ซึ่งมีอัตราโทษจำคุกไม่เกิน 3 ปี หรือปรับไม่เกิน 60,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ



ความผิดฐานฉ้อโกง หลอกหลวงประชาชน ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 342 วรรคสอง ที่มีอัตราโทษจำคุกตั้งแต่ 6 เดือน ถึง 7 ปี และปรับตั้งแต่ 10,000 บาท หรือ 140,000 บาท



ความผิดตามพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน พ.ศ. 2542 ซึ่งผู้ที่โอน รับโอน เปลี่ยนแปลงสภาพ หรือรับไว้ด้วยประการใด ๆ ซึ่งเงิน อันเป็นทรัพย์สินที่เกี่ยวข้องกับการกระทำความผิด หรือสมคบกันกระทำการดังกล่าว จะมีความผิดฐานฟอกเงิน หรือสมคบฟอกเงินด้วย และมีอัตราโทษสูง กล่าวคือ จำคุกตั้งแต่ 1-10 ปี หรือปรับตั้งแต่ 20,000 บาท ถึง 200,000 บาท และถูกยึดทรัพย์สินอีกด้วย

แม้ว่าข้อกฎหมายจะมีโทษสูง แต่ก็ถือว่าน้อย เมื่อเทียบกับความเสียหายที่เกิดขึ้น อีกทั้งข้อกฎหมายแต่ละข้อ เป็นความผิดเฉพาะเรื่อง ที่อาจไม่ครอบคลุมพฤติกรรมและการกระทำของแก๊งคอลเซ็นเตอร์ทั้งหมด จึงจำเป็นที่จะต้องมีความหมายจำเพาะ สำหรับปราบปรามการหลอกหลวงทางออนไลน์อย่างเร่งด่วน ทำให้กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม หรือ ดีอีเอส ได้ร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ อาทิ ปปง. สตช. ธปท. สมาคมธนาคารไทย และกสทช. จัดทำร่าง พ.ร.ก. มาตรการป้องกันและปราบปรามการหลอกหลวงทางออนไลน์ พ.ศ. ขึ้น เสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณา ซึ่งร่างกฎหมายฉบับนี้จะมีบทลงโทษ การซื้อขายบัญชีม้า และทำให้ธนาคารสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันสำหรับพฤติกรรมที่ต้องสงสัย และสามารถระงับพฤติกรรมดังกล่าวได้ เพื่อป้องกันความเสียหายแก่ประชาชน ตัดวงจรอาชญากรรมฉ้อโกงออนไลน์ก่อนกระทบในวงกว้าง เรียกได้ว่าร่าง พ.ร.ก. ฉบับนี้จะเข้ามาอุดช่องโหว่ของกฎหมายเพื่อปราบปรามแก๊งคอลเซ็นเตอร์ได้ตั้งแต่ต้นน้ำยันปลายน้ำ ต่อมา คณะรัฐมนตรี (ครม.) ได้มีมติเมื่อวันที่ 24 มกราคม 2566 อนุมัติหลักการร่าง พ.ร.ก. ดังกล่าว⁶

การขับเคลื่อนทางสังคมเพื่อแก้ปัญหา

ปัญหาแก๊งคอลเซ็นเตอร์และการหลอกลวงทางออนไลน์ เป็นปัญหาที่ระบอบอย่างหนักในสังคม ประชาชนได้รับผลกระทบถูกหลอกลวงสูญเสียทรัพย์สินจำนวนมาก ท่ามกลางการแก้ปัญหาของภาครัฐที่ยังทำได้เพียงปลายเหตุ เน้นที่การปราบปรามหลังเกิดปัญหาแล้ว ทำให้เกิดการขับเคลื่อนของภาคประชาสังคม เรียกร้องให้หน่วยงาน เครือข่ายผู้ให้บริการ และประชาชนเองได้ตระหนักถึงปัญหานี้ มีการจัดเวทีเสวนาออนไลน์ “นักคิดดิจิทัล ร่วมหาทางออกแก้ปัญหาโกงดิจิทัลยุค 5G” โดย **สภาองค์กรของผู้บริโภค** และ **ภาคีโคแฟก** ประเทศไทย⁷ นางสาวสารี อ๋องสมหวัง เลขาธิการสภาองค์กรของผู้บริโภคระบุว่า แก๊งคอลเซ็นเตอร์ที่เกิดขึ้นมากในปัจจุบันทำให้สภาองค์กรของผู้บริโภคต้องการขับเคลื่อนปัญหาดังกล่าวให้เป็น “ระเบียบวาระแห่งชาติ” เพราะเป็นสัญญาณสะท้อนให้เห็นว่าประเทศไทยมีการรั่วไหลของข้อมูลส่วนบุคคลเข้าขั้นวิกฤติ

“ปี 2564 สภาองค์กรของผู้บริโภคได้รวบรวมคนกว่า 4 พันคนเข้าเรียกร้องเพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องตรวจสอบและแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยได้เดินหน้าการเรียกร้องต่อมายังปีนี้ เพื่อให้ปัญหาผู้บริโภคถูกหลอกลวงในระบบโทรคมนาคมเบาบางลง ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือของหลายภาคส่วน ทั้งนี้กลไกที่ถูกพัฒนาขึ้นก็มักก้าวนำการรู้เท่าทันของผู้บริโภคอยู่เสมอ จึงเป็นหน้าที่หลักที่สภาองค์กรของผู้บริโภคต้องทำให้ผู้บริโภครู้เท่าทันในเรื่องราวเหล่านี้โดยเร็วซึ่งเราต้องการเห็นแนวทางแก้ปัญหาแบบเบ็ดเสร็จ เพราะที่ผ่านมาได้นำเสนอปัญหาไปแล้วแต่ก็ยังไม่เห็นแนวทางการแก้ปัญหาที่เป็นรูปธรรมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงอยากให้รีบเร่งหาทางออกร่วมกันโดยเร็ว” นางสาวสารีฯ กล่าว

ที่ผ่านมาสภาองค์กรของผู้บริโภคได้พยายามประชาสัมพันธ์เบอร์มิชญาชีพที่ควรเฝ้าระวังให้ผู้บริโภคได้ทราบเป็นระยะ เนื่องจากมิชญาชีพปัจจุบันได้ดำเนินการในรูปแบบองค์กรและมีศูนย์คอลเซ็นเตอร์อยู่ในต่างประเทศทำให้ยากที่จะติดตาม ซึ่งพบว่าเงินที่ถูกหลอกให้โอนไปที่บัญชีม่านั้น จะถูกโอนต่อไปยังบัญชีอื่นภายใน 15 วินาทีเท่านั้น และจะถูกโอนไปอีกหลายชั้นเพื่อให้ยากต่อการตรวจสอบ บางรายไปจบที่การนำเงินเหล่านั้นไปใช้ซื้อบัตรค้ายัน ทำให้โอกาสที่จะได้รับเงินคืนเป็นเรื่องยาก ดังนั้นจึงแนะนำว่า ก่อนทำการโอนเงิน ผู้บริโภคควรเข้าไปตรวจสอบบัญชีปลายทางได้ที่เว็บไซต์ Blacklistseller ศูนย์กลางการตรวจสอบการฉ้อโกงออนไลน์ เช็คชื่อและเลขบัญชีก่อนซื้อขายเพื่อป้องกันการโดนโกง หากผู้บริโภคถูกหลอกจากกลุ่มมิชญาชีพก็สามารถแจ้งความร้องทุกข์กับเจ้าหน้าที่ตำรวจท้องที่ หรือจะเลือกดำเนินการผ่านระบบออนไลน์คดีอาชญากรรมทางเทคโนโลยี สำนักงานตำรวจแห่งชาติ (ตร.) ก็ได้เช่นกัน โดยต้องรีบดำเนินการภายใน 3 ชั่วโมงเพื่อเพิ่มโอกาสในการอายัดบัญชีมา

รศ. ดร.สุมนทิพย์ จิตสว่าง อาจารย์ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย⁸ ได้เสนอ

ภาพประชาสัมพันธ์เวทีเสวนาออนไลน์ “นักคิดดิจิทัล ร่วมหาทางออกแก้ปัญหาโกงดิจิทัลยุค 5G” โดย สภาองค์กรของผู้บริโภค และภาคีโคแฟกประเทศไทย



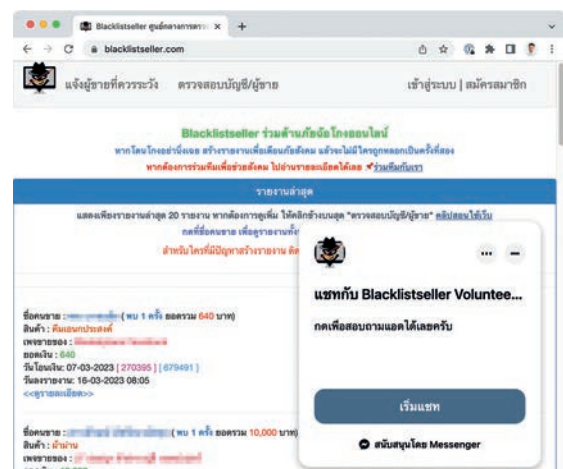
ที่มา : facebook.com/tccthailand/posts/pfbid02rAp16nszQaWkvvdhmxXUhePo4CFrtNbzV8E1C7K3hycmgjojuyd3ZkqeUwF48cztxl

นางสาวสารี อ๋องสมหวัง เลขาธิการสภาองค์กรของผู้บริโภค ในเวทีเสวนาออนไลน์ “นักคิดดิจิทัล ร่วมหาทางออกแก้ปัญหาโกงดิจิทัลยุค 5G” โดย สภาองค์กรของผู้บริโภค และภาคีโคแฟก ประเทศไทย



ที่มา : tcc.or.th/01042565_article-sms

เว็บไซต์ blacklistseller.com



ทางออกในการแก้ปัญหา ว่าควรมี การตั้งศูนย์เฉพาะในการป้องกันและ ปรามปรามแก๊งคอลเซ็นเตอร์ในลักษณะ ของ War Room โดยนายกรัฐมนตรีเป็นผู้ ออกคำสั่ง นำหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เข้ามาปฏิบัติงานในศูนย์ฯ อาทิ ดร. กรมสอบสวนคดีพิเศษ กระทรวงดิจิทัล เพื่อเศรษฐกิจและสังคม สถาบันการเงิน กสทช. ปปง. กรมสรรพากร โดยต้อง นำเจ้าหน้าที่ในระดับผู้อำนวยการมา ปฏิบัติงานเท่านั้น เพื่อให้มีความสะดวก และคล่องตัวในการดำเนินงานป้องกัน และปรามปรามและการกำหนดนโยบาย ทั้งที่เป็นการกระทำผิดในประเทศไทย และในต่างประเทศ รวมทั้งการให้ความช่วยเหลือ คินเงินให้แก่เหยื่อ เนื่องจากอาชญากรรมที่เกี่ยวข้องกับการหลอกลวงฉ้อฉลเป็นอาชญากรรม ที่มีความสลับซับซ้อน มีการกระทำผิด ในลักษณะขององค์กรอาชญากรรม ข้ามชาติ มีการใช้เทคโนโลยี จึงจำเป็นต้องดำเนินการในลักษณะศูนย์ปฏิบัติการพิเศษดังกล่าว

นอกจากนี้ ภาคส่วนต่าง ๆ ยังได้ เข้ามาจับตาทาทั้งเชิงรับและเชิงรุก ต่อการดำเนินการของแก๊งคอลเซ็นเตอร์ ยกตัวอย่างเช่น กองทุนพัฒนาสื่อปลอดภัย และสร้างสรรค์ เปิดโอกาสให้หน่วยงาน กลุ่มบุคคล ตลอดจนสื่อมวลชนได้ รวมตัวกัน ดำเนินโครงการที่เป็น สาธารณประโยชน์ โดยเฉพาะปัญหา ด้านการสื่อสาร เพื่อสร้างเครื่องมือ หรือ ธรรมรงค์สร้างภูมิคุ้มกันให้ประชาชนได้รู้ เท่าทันแก๊งคอลเซ็นเตอร์ ข่าวดราม่า และ การกลั่นแกล้ง หลอกลวงทางไซเบอร์ อาทิ รายการข่าวก่อนแซร์ ทางสถานี โทรทัศน์ MCOT HD หรือ โครงการสื่อ ตรวจสอบกันเอง ที่สื่อมวลชนรวมตัวกัน ดำเนินกิจกรรมธรรมรงค์ให้ความรู้กับ เครือข่ายเยาวชน และสื่อมวลชน ด้วยกันเอง เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันให้ทั้ง เยาวชนกลุ่มเปราะบาง และสื่อมวลชน ได้ตระหนักถึงปัญหาแก๊งคอลเซ็นเตอร์

เพื่อเป็นตัวกลางสำคัญในการสื่อสาร ไปยังประชาชน และยังมีโครงการ ติดเกาะความคิด ปกป้อง ป้องกัน ภัยจากสื่อโซเชียลมีเดีย⁹ เพื่อสร้าง จิตสำนึกให้ตระหนักถึงการใช้ “สื่อโซเชียล มีเดีย” อย่างสร้างสรรค์และถูกต้อง

ปัญหาแก๊งคอลเซ็นเตอร์ยังสร้างความ ตื่นตัวให้หลายหน่วยงานร่วมมือกัน เป็นพหุภาคี เพื่อขับเคลื่อนแก้ไขปัญหา¹⁰ ดังเช่น คณะทำงานพหุภาคีเพื่อแก้ไข ปัญหาแก๊งโทรศัพท์และข้อความสั้น (SMS) หลอกลวง มีนายแพทย์ประวิทย์ ลีสถาพรวงศา ประธานอนุกรรมการ คุ่มครองผู้บริโภคด้านกิจการโทรคมนาคม ในขณะนั้น เป็นประธานคณะทำงาน มีหน่วยงาน 11 หน่วยงานร่วมกันเป็น พหุภาคี¹¹ คณะทำงานดังกล่าวได้เสนอ ให้ผู้รับใบอนุญาตประกอบกิจการ โทรคมนาคมแบบที่ 1 (ไม่มีโครงข่าย เป็นของตนเอง) และแบบที่ 3 (มี โครงข่ายเป็นของตนเอง) หารือการเพิ่ม เครื่องหมาย + นำหน้าทุกสายที่โทรมา จากต่างประเทศ และเสนอให้ประชาชน สามารถเลือกไม่รับสายโทรเข้าจาก ต่างประเทศตามความสมัครใจ¹² ที่ประชุมคณะทำงานพหุภาคีฯ วันที่ 19 กรกฎาคม 2565¹³ ได้เสนอให้ที่ประชุม กสทช. พิจารณากำหนดในเงื่อนไข ทำายใบอนุญาตให้ผู้ประกอบการ โทรศัพท์เคลื่อนที่ทุกราย สร้างระบบ หรือแอปพลิเคชันที่ให้ประชาชนสามารถ เลือกสมัครบริการปฏิเสธไม่รับสาย ที่โทรมาจากต่างประเทศได้ เพื่อเป็น การป้องกันและบรรเทาความเดือดร้อน จากมิฉฉาชีพ ต่อมา กสทช. และ ดร. ได้กำหนดมาตรการร่วมกับผู้ให้บริการ โทรศัพท์ระหว่างประเทศ (IDD) อาทิ ระบุรับสายโทรเข้ามาจากต่างประเทศที่มี รหัสโทรศัพท์ประจำประเทศ (Country Code) ที่สหภาพโทรคมนาคมระหว่าง ประเทศ (ITU) ยังไม่ได้จัดสรรให้กับ ประเทศใด และดำเนินการตรวจสอบสาย โทรเข้าจากต่างประเทศที่ผิดกฎหมาย¹⁴

สรุป

การหลอกลวงฉ้อฉลของแก๊ง คอลเซ็นเตอร์เป็นอาชญากรรมทาง เศรษฐกิจที่สร้างความเดือดร้อน เสียหายให้กับประชาชนและสังคม ไทยอย่างมหาศาล ที่ผ่านมามีการแก้ ปัญหาเป็นไปอย่างไม่มีประสิทธิผล เท่าที่ควร เนื่องจากข้อจำกัดในเรื่อง กฎหมาย ขาดการประสานงานระหว่าง หน่วยงานต่าง ๆ และการตรวจสอบ ข้อมูลของผู้กระทำความผิดต้องอาศัย ความร่วมมือกับสถาบันการเงินและ องค์กรเอกชนต่าง ๆ จำนวนมาก แม้ว่า ที่ผ่านมามีธนาคารแห่งประเทศไทย จะ พยายามแก้ปัญหาโดยกำหนดให้ ธนาคารต้องตรวจสอบชื่อเจ้าของเบอร์ โทรศัพท์และชื่อบัญชีเงินฝากให้ตรงกัน รวมทั้งให้ mobile banking ใช้กันได้ 1 หมายเลขโทรศัพท์ ต่อ 1 อุปกรณ์ มีการวางระบบป้องกันการหลอกล โอนเงิน และมีการแจ้งเตือนลูกค้าผ่าน mobile banking อย่างต่อเนื่องก็ตาม แต่ยังคงขาดความร่วมมืออย่างจริงจัง อย่างไรก็ดี ล่าสุดได้มีพัฒนาการไปใน ทางที่ดีขึ้น เมื่อมีการเสนอร่าง พ.ร.ก. มาตรการป้องกันและปรามปราม การหลอกลวงทางออนไลน์ขึ้น เพื่อ แก้ปัญหาการซื้อขายบัญชีม้า อำนวย ความสะดวกในการแลกเปลี่ยนข้อมูล ของธนาคาร และอุดช่องโหว่ของ กฎหมายในหลาย ๆ ด้าน นอกจากนี้ ภาคประชาสังคมก็ได้ออกมาเคลื่อนไหว ให้มีการแก้ปัญหา สร้างความตื่นตัวให้ ประชาชนรู้เท่าทันปัญหา รวมทั้งขยาย ความร่วมมือในลักษณะพหุภาคีกับ ภาครัฐและเอกชน เพื่อเสนอมาตรการ ต่าง ๆ ในการแก้ไขปัญหา จนนำไปสู่ การแก้ไขปัญหาคือเป็นรูปธรรมมากขึ้น

ประเทศไทยกับสังคมสูงอายุ

“ ในปี 2565 สัดส่วนผู้สูงอายุของไทยได้เพิ่มเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ทำให้สังคมไทยเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” และในปี 2583 หรืออีกไม่ถึงยี่สิบปีข้างหน้า จำนวนผู้สูงอายุของไทยจะเพิ่มเป็น 20.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 31.4 ของประชากรทั้งหมด การเตรียมการเข้าสู่สังคมสูงอายุในทุกกระดับ ทั้งระดับบุคคล ชุมชน สังคม และประเทศ จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง ”

บทนำ

สหประชาชาติ ได้นิยาม “ผู้สูงอายุ” คือ ประชากรทั้งเพศชายและเพศหญิงซึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป โดยเป็นการนิยามนับตั้งแต่อายุเกิด สำหรับประเทศไทย นิยาม “ผู้สูงอายุ” ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 3 ว่า คือ บุคคลซึ่งมีอายุเกินกว่า 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป โดยประเทศไทยเป็นสังคมสูงอายุ (ageing society) ตั้งแต่ปี 2548 เพราะในเวลานั้นประเทศไทยมีประชากรตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนร้อยละ 10.4 และคาดว่าในอีกราว 20 ปีข้างหน้า ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะมีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 20 ซึ่งหมายความว่า ประเทศไทยจะก้าวจากสังคมสูงอายุเป็นสังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ (aged society) ในเวลาเพียง 20 กว่าปีเท่านั้น ซึ่งถือว่าสั้นมาก เทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้วต่าง ๆ เช่น ฝรั่งเศสที่ใช้เวลา 115 ปี หรือสวีเดนที่ใช้เวลา 85 ปี เป็นต้น¹ ทำให้ประเทศไทย ซึ่งยังเป็นประเทศกำลังพัฒนา ต้องเร่งเตรียมการเพื่อรองรับการเข้าสู่สังคมสูงอายุ เนื่องจากการเข้าสู่สังคมสูงอายุจะมีผลกระทบในด้านต่าง ๆ อาทิ ปัญหาขาดแคลนแรงงาน การขาดรายได้ของผู้สูงอายุ การจัดสรรทรัพยากรที่มีจำกัดเพื่อเพิ่มสวัสดิการกับผู้สูงอายุ จนนำมาซึ่งนโยบายและยุทธศาสตร์ผู้สูงอายุ

ในปี 2565 พบว่า ประเทศไทยมีประชากรรวม 66.8 ล้านคน โดยมีจำนวนผู้สูงอายุ 13 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19.5 ของประชากรทั้งหมด² ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และในปี 2583 จำนวนผู้สูงอายุของไทยจะเพิ่มเป็น 20.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 31.4 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งจะทำให้สังคมไทยเป็น “สังคมสูงอายุนี้อายุสุดยอด” (super-aged society)³ ปัจจุบัน นโยบายและมาตรการต่าง ๆ มุ่งไปสู่ “การสูงวัยอย่างมีสุขภาพ” (healthy ageing)⁴ และ “การสูงวัยอย่างมีพลัง” (active ageing)⁵ ในระยะยาว บทความนี้เป็นการอภิปรายสังคมสูงอายุของไทย ผลกระทบในด้านต่าง ๆ นโยบายและยุทธศาสตร์สำหรับการเข้าสู่สังคมสูงอายุ และข้อเสนอแนะในการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมสูงอายุ

สังคมสูงอายุและผลกระทบ

การเข้าสู่สังคมสูงอายุของไทยในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ได้ส่งผลกระทบในหลาย ๆ ด้าน ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพและสิ่งแวดล้อม เช่น ปัญหาขาดแคลนแรงงาน ทำให้ประเทศไทยต้องนำเข้าแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านหลายล้านคน ปัญหาการจัดสรรทรัพยากรและสวัสดิการผู้สูงอายุซึ่งเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัญหาการจัดระบบบริการสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งต้องอาศัยบุคลากรทางด้านสาธารณสุขเพิ่มขึ้นตลอดเวลา และการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและการวางผังเมืองที่เอื้อต่อการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ซึ่งสรุปผลกระทบในด้านต่าง ๆ ได้ ดังนี้⁶

ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ

สังคมสูงอายุทำให้โครงสร้างประชากรเปลี่ยนไป มีสัดส่วนผู้สูงอายุมากขึ้น ขณะที่สัดส่วนวัยทำงานลดลงอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้เกิดปัญหาขาดแคลนแรงงานทั้งในภาคเกษตรอุตสาหกรรมและบริการ อีกทั้งค่าจ้างแรงงานและต้นทุนการผลิตสูงขึ้น ส่งผลให้การเติบโตทางเศรษฐกิจชะลอตัวลงในระยะยาว ทำให้ประเทศไทยต้องนำเข้าแรงงานเพิ่มขึ้น แม้จะมีการใช้เครื่องจักรและหุ่นยนต์เพื่อทดแทนแรงงานมากขึ้น แต่งานหลายประเภทยังต้องอาศัยแรงงานคนอยู่ รวมถึงการดูแลผู้สูงอายุด้วย นอกจากนี้ สังคมสูงอายุที่จำนวนผู้บริโภคนับแต่โตและการเติบโตทางเศรษฐกิจลดลง ย่อมส่งผลต่อการลงทุนและการออม ทำให้โอกาสในการหารายได้เสริมของผู้สูงอายุมีไม่มากนัก และเมื่อผู้สูงอายุในวัยเกษียณขาดรายได้หรือมีรายได้น้อยลง ก็อาจต้องพึ่งพิงรายได้เสริมจากลูกหลานมากขึ้น เนื่องจากภาครัฐไม่สามารถเก็บภาษีจำนวนมากเพื่อมาจุนเจือผู้สูงอายุหลายล้านคนอย่างเพียงพอ เนื่องจากประชากรวัยแรงงานที่มีสัดส่วนลดลงสำหรับภาครัฐเองก็มีภาระค่าใช้จ่ายด้านสวัสดิการสังคมที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้งบประมาณเพื่อการลงทุนและการออมของประเทศลดลงด้วยเช่นกัน หากประเทศไทยไม่สามารถยกระดับการพัฒนาประเทศให้มีผลิตภาพแรงงานประชากรที่เป็นผู้สูงอายุจำนวนมากก็อาจต้องพึ่งพาสวัสดิการของรัฐ อาจนำ

ไปสู่การขาดดุลงบประมาณและกระทบต่อเสถียรภาพทางเศรษฐกิจของประเทศในระยะยาว

ผลกระทบทางด้านสังคม

การที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ทำให้อัตราการพึ่งพิงสูง ผู้ที่อยู่ในวัยทำงานต้องทำงานหนัก เพื่อหารายได้มาดูแลผู้สูงอายุ และจ่ายภาษีในอัตราที่สูงขึ้น เนื่องจากภาครัฐมีแนวโน้มขาดดุลงบประมาณมากขึ้น จากภาระด้านสวัสดิการสังคมที่เพิ่มขึ้น อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับคนในครอบครัว หรืออาจถูกทอดทิ้งได้ จึงอาจส่งผลต่อสภาพจิตใจ ผู้สูงอายุในวัยเกษียณอาจรู้สึกเหงา และรู้สึกว่าตนเป็นภาระกับลูกหลาน ทำให้เกิดความรู้สึกน้อยใจ ซึมเศร้า กอปรกับปัญหาสุขภาพร่างกาย เช่น โรคเรื้อรังต่าง ๆ ก็อาจทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายที่เสื่อมโทรมและต้องมีผู้ดูแล หรือมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น แต่รายได้ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุบางส่วนมีความเป็นอยู่ที่ยากลำบาก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้วางแผนการออม และการลงทุนมาตั้งแต่ในวัยทำงาน ซึ่งคนไทยจำนวนมากไม่ได้มีการเตรียมวางแผนการใช้ชีวิตในบั้นปลายอย่างเป็นระบบ ขาดวินัยในการออม และขาดความรู้ในด้านการเงิน (financial literacy) ทำให้ขาดโอกาสในการหารายได้จากการลงทุนในต่างประเทศ ซึ่งมีการเติบโตทางเศรษฐกิจสูงและให้อัตราผลตอบแทนดีกว่าในประเทศไทย

ผลกระทบด้านสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัย

โครงการการทบทวน สังเคราะห์ และจัดทำข้อเสนอยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุไทย โดย ศ.ดร.วรเวศม์ สุวรรณระดา และคณะ (2565)⁷ วิเคราะห์ว่า มิติสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยมีความสำคัญต่อสุขภาพและความปลอดภัยของผู้สูงอายุ โดยร้อยละ 5 ของผู้สูงอายุเคยหกล้มภายในตัวบ้านและบริเวณตัวบ้าน ดังนั้นสภาพแวดล้อมและการออกแบบบ้าน พร้อมติดตั้งอุปกรณ์อำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อป้องกันอุบัติเหตุและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ร้อยละ 3 เป็นผู้สูงอายุติดบ้าน และติดเตียง อีกทั้งร้อยละ 1 เป็นผู้สูงอายุที่ครองโสดและอาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียว แต่เนื่องจากร้อยละ 17 ของผู้สูงอายุมีรายได้รวมทุกแหล่งน้อยกว่า 40,000 บาทต่อปี และไม่มีเงินออมเลย ดังนั้น หากมีปัญหาสุขภาพและต้องจ้างผู้ดูแล จึงเป็นเรื่องที่เป็นไปได้ยาก ดังนั้น การดูแลและระบบสวัสดิการของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเปราะบางเหล่านี้ จำเป็นต้องได้รับการเอาใจใส่ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตอยู่ที่บ้านของตนได้ โดยไม่ถูกทอดทิ้ง และสามารถ

เข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้โดยง่าย โดยเฉพาะในเขตเมืองใหญ่ของไทย ที่มีปัญหาคอขวดในบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และขาดระบบอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่ทั่วถึง แต่คนไทยส่วนใหญ่ยังไม่ได้ให้ความสำคัญกับการออกแบบระบบนิเวศและสถาปัตยกรรมที่รองรับสังคมสูงวัย ในอนาคตจะต้องมีการปรับเปลี่ยนแนวคิดด้านสิ่งแวดล้อมและที่อยู่อาศัย ตลอดจนผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ สำหรับรองรับผู้สูงอายุมากขึ้น

ผลกระทบด้านสุขภาพ

สังคมสูงวัยย่อมมีนัยสำคัญต่อระบบการดูแลสุขภาพของประเทศ ปัญหาสุขภาพหลักของผู้สูงอายุคือภาวะที่เกิดจากโรคเรื้อรัง เช่น มะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบทางเดินหายใจ รวมทั้งโรคเกี่ยวกับความผิดปกติของอวัยวะสัมผัส เช่น การสูญเสียการมองเห็นและการได้ยิน และความผิดปกติทางระบบประสาท เช่น ภาวะสมองเสื่อม จึงต้องพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีค่าใช้จ่ายด้านงบประมาณสูงมาก จึงต้องมุ่งเน้นให้ประชากรสามารถช่วยเหลือดูแลตนเองในยามสูงวัยให้ยาวนานมากที่สุด ตลอดจนการดูแลสุขภาพให้แข็งแรงก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ และลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพต่าง ๆ เช่น การสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การมีความดันโลหิตสูง และการมีดัชนีมวลกายสูง ซึ่งประเทศไทยยังประสบปัญหาเหล่านี้อยู่⁸

นโยบายและยุทธศาสตร์ผู้สูงอายุ

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่เกิดขึ้นประเทศไทยได้ตระหนักถึงการเข้าสู่สังคมสูงวัยและให้ความสำคัญกับการรองรับสังคมสูงวัยมาจากร่วมสี่ทศวรรษ โดยเริ่มจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติขึ้นตั้งแต่ปี 2525 โดยได้รับอิทธิพลจากการจัดประชุมสมัชชาผู้สูงอายุระดับโลกเป็นครั้งแรกที่กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย ในปี 2525 โดยมีแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2525-2544) ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2565) และปัจจุบัน คือแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566-2580)

ต่อมาเมื่อวันที่ 17 พฤษภาคม 2565 คณะรัฐมนตรีได้เห็นชอบร่างแผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศระยะยาว ปี 2565–2580 โดยให้ความสำคัญกับ 3 ด้าน ได้แก่ **การเกิดอย่างมีคุณภาพ การอยู่อย่างมีคุณภาพและมีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศ และการแก่และตายอย่างมีคุณภาพ** โดยแผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศระยะยาวฯ นี้ โดยภาพรวมจะมียุทธศาสตร์ กิจกรรมและการดำเนินการที่คล้ายคลึงกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 3 แต่จะมีส่วนที่เพิ่มเข้ามา คือ การกล่าวถึงเรื่องการพัฒนาาระบบดูแลสุขภาพการแพทย์ และการดูแลสุขภาพสังคมให้แก่ผู้สูงอายุที่อยู่ในช่วงวาระท้ายของชีวิต ทั้งนี้ สามารถสรุปแผนผู้สูงอายุจากแผนฉบับที่ 1 ถึงฉบับที่ 3 และแผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศระยะยาว ได้ดังต่อไปนี้

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2525–2544)

ประเทศไทยได้จัดตั้ง “คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ” ขึ้นในปี 2525 และกำหนดให้วันที่ 13 เมษายนของทุกปีเป็นวันผู้สูงอายุแห่งชาติ จากนั้นได้จัดทำแผนผู้สูงอายุระยะยาว พ.ศ. 2525–2544 ที่ครอบคลุมการพัฒนาผู้สูงอายุในแง่มุมต่าง ๆ ทั้งเรื่องการศึกษา สังคมและวัฒนธรรม สุขภาพอนามัย ความมั่นคงทางรายได้และการทำงาน ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม และด้านกฎระเบียบและข้อปฏิบัติต่าง ๆ ต่อมา กระทรวงมหาดไทยได้สั่งการไปยังจังหวัดต่าง ๆ ให้จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุทุกจังหวัด วัตถุประสงค์หลักของแผนฉบับนี้ คือ เพื่อให้สังคมตระหนักว่าผู้สูงอายุคือส่วนหนึ่งของสังคม ตระหนักถึงความรับผิดชอบที่มีต่อผู้สูงอายุ เพื่อเป็นหลักประกันให้มีการจัดสรรทรัพยากรสำหรับจัดสวัสดิการเพื่อผู้สูงอายุ โดยจุดเน้นของแผนฉบับนี้คือ

- 1 ผู้สูงอายุควรได้อยู่กับครอบครัวอย่างอบอุ่น ลดบทบาทการเป็นผู้หารายได้หลักของครอบครัว
- 2 ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ ต้องได้รับการปกป้องดูแลจากสังคม
- 3 ผู้สูงอายุควรได้รับข้อมูลข่าวสารในการดูแลตนเองในมิติต่าง ๆ เพื่อสามารถปรับตัวเข้ากับสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปได้ และ
- 4 ผู้สูงอายุควรได้รับการสนับสนุนและส่งเสริมให้มีส่วนร่วมกับกิจกรรมของครอบครัว ชุมชนและสังคม

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545–2565)

แผนผู้สูงอายุฉบับนี้มีการปรับปรุงทั้งสิ้น 2 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 ปี 2552 และ ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 ปี 2563 แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 เป็นการเตรียมการรองรับแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ โดยเน้นการดำเนินงานเชิงรุก ให้ความสำคัญต่อ “วงจรกิจต์” ของทุกคนในสังคมที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เน้นการส่งเสริมคุณค่าและศักยภาพของผู้สูงอายุมากกว่าการสงเคราะห์ผู้สูงอายุ จัดแบ่งเป็น 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่

- 1 **ยุทธศาสตร์ด้านเตรียมความพร้อม** ประกอบด้วย การประกันด้านรายได้ การให้การศึกษา และเรียนรู้ตลอดชีวิต
- 2 **ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ** ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ สร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ ส่งเสริมด้านการทำงานและการหารายได้ สนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมปลอดภัย
- 3 **ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคม** ประกอบด้วย การคุ้มครองด้านรายได้ ด้านคุณภาพ ด้านครอบครัว และการคุ้มครองระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน
- 4 **ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการ** ประกอบด้วย การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุระดับชาติ และส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ และ
- 5 **ยุทธศาสตร์ด้านการประมวลและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ** สนับสนุนและส่งเสริมให้หน่วยงานวิจัยดำเนินการประมวลและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และพัฒนาระบบข้อมูลผู้สูงอายุให้ทันสมัย

แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566–2580)

แผนฉบับนี้จัดทำขึ้นโดยความร่วมมือระหว่างกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กับจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในโครงการบูรณาการศาสตร์เพื่อรองรับสังคมสูงอายุ โดยแผนนี้มีวิสัยทัศน์ คือ ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดี มีหลักประกันมั่นคง เป็นพลังพัฒนาสังคม โดยมีวัตถุประสงค์ 4 ประการที่สำคัญ คือ

- 1 ให้มีกรอบและแนวทางปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์และแผนแม่บท อันจะก่อให้เกิดการบูรณาการแผนในทุกระดับ
- 2 เพิ่มคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุด้วยการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้เพิ่มพูนศักยภาพของตนเอง
- 3 ให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกมิติ ไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ สภาพแวดล้อม การเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีและนวัตกรรมอย่างทั่วถึง เท่าเทียมและเป็นธรรม
- 4 รองรับสังคมสูงวัยเชิงรุก ด้วยการส่งเสริมให้ประชากรที่จะเป็นผู้สูงอายุในอนาคต โดยเฉพาะกลุ่มผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 25–59 ปีในปัจจุบัน เตรียมการให้พร้อมเพื่อให้มีชีวิตที่ดีในยามสูงอายุ และเป็นพลังขับเคลื่อนสังคม

แผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศ ระยะยาว (พ.ศ. 2565–2580)

แผนยุทธศาสตร์นี้เป็นแผนยุทธศาสตร์ที่มุ่งเสริมสร้างความมั่นคงทางประชากร ตั้งแต่แรกเกิด จนกระทั่งเสียชีวิต โดยแผนนี้สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน และยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561–2580) โดยมีเป้าประสงค์ 3 ประการ คือ

- 1 ประชากรไทยได้รับการพัฒนาตามศักยภาพสูงสุด และมีคุณภาพสอดคล้องกับบริบทการพัฒนาประเทศ บนพื้นฐานของการมีทักษะที่สอดคล้องกับโลกในศตวรรษที่ 21
- 2 ประชากรไทยมีความมั่นคงทางรายได้และทรัพย์สินเพียงพอตลอดช่วงชีวิต
- 3 มีระบบคุ้มครองทางสังคมที่สร้างความมั่นคงในชีวิต และไม่ส่งผลกระทบต่อความยั่งยืนทางการคลังในระยะยาว

ทั้งนี้ แผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศระยะยาว แบ่งยุทธศาสตร์การพัฒนา ออกเป็น 6 ยุทธศาสตร์หลัก ได้แก่

- 1 การสร้างครอบครัวที่มีคุณภาพ และพัฒนาระบบที่เอื้อต่อการมีและเลี้ยงบุตร
- 2 การพัฒนาระดับผลิตภาพประชากร
- 3 การยกระดับความมั่นคงทางการเงิน
- 4 การสร้างเสริมสุขภาวะเพื่อลดการตายก่อนวัยอันควร และมีระบบการดูแลระยะยาวและช่วงท้ายของชีวิต
- 5 การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพกับทุกกลุ่มวัย
- 6 การบริหารจัดการด้านการย้ายถิ่น

ที่ผ่านมา นโยบายและแผนเกี่ยวกับผู้สูงอายุของประเทศไทยโดยภาพรวมพบว่า มีช่องโหว่ที่สำคัญ คือการไม่ให้ความสำคัญกับเรื่อง “ความตาย” ว่าเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้สูงอายุ แต่แผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศระยะยาว (พ.ศ. 2565–2580) ได้กล่าวถึงระบบการดูแลระยะยาว และช่วงท้ายของชีวิต ที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่เมืองและชนบท ทั้งผู้สูงอายุที่ติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง รวมถึงพัฒนาระบบการดูแลระยะกลางและระยะยาว ตลอดจนการดูแลแบบประคับประคอง และการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิต อาทิ การพัฒนาระบบพิทักษ์ทรัพย์สินผู้สูงอายุ การทำพินัยกรรม รวมถึงการแสดงเจตนารมณ์ในการรับการรักษาพยาบาลช่วงท้ายชีวิต⁹

ข้อเสนอแนะในการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมสูงอายุ

เนื่องจากการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงอายุของไทย และการดำเนินการตามนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ยังมีข้อจำกัด คณะอนุกรรมการติดตามการปฏิรูปด้านสังคม กิจการผู้สูงอายุ และสังคมสูงวัย ในคณะกรรมการการพัฒนาสังคม และกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ด้อยโอกาส วุฒิสภา จึงได้จัดทำข้อเสนอแนะเพื่อรับมือสังคมสูงอายุนี้ออกมา 4 มิติ สรุปได้ ดังนี้

มิติด้านเศรษฐกิจ

เร่งพัฒนาศักยภาพของตลาดแรงงานให้มีความพร้อมทางด้านทักษะ คุณภาพ และปริมาณที่สอดคล้องกับโครงสร้างเศรษฐกิจใหม่ และสร้างหลักประกันให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงทางการเงิน

การเตรียมความพร้อมสำหรับเศรษฐกิจสีเงิน (silver economy) ประกอบด้วย การส่งเสริมนวัตกรรมและธุรกิจที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้บริโภค เช่น อาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ แรงงานด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ผลิตภัณฑ์ทางการเงินสำหรับผู้สูงอายุ การกระจายการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและบริการสาธารณะในพื้นที่ชุมชนต่าง ๆ เพื่อลดการย้ายถิ่นและให้คนในชุมชนสามารถดูแลผู้สูงอายุได้ การดึงดูดแรงงานต่างชาติที่มีคุณภาพเข้ามาทำงานและอยู่อาศัยในประเทศไทยอย่างถาวร ส่งเสริมผลิตภาพในกลุ่มแรงงานแฝงซึ่งอยู่นอกระบบแรงงานเพื่อเสริมศักยภาพในการประกอบอาชีพ

นโยบายส่งเสริมการทำงานต่อเนื่อง ประกอบด้วย การสร้างทักษะและทัศนคติที่จำเป็นต่อการประกอบอาชีพ โดยส่งเสริมหลักสูตรที่รองรับกับความต้องการของตลาดแรงงานในอนาคต ส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต และการพัฒนาทักษะ (reskill/upskill) ที่เข้าถึงได้ง่าย ขยายอายุการทำงาน โดยกำหนดเงื่อนไขวัยเกษียณจากอายุ เป็นการพิจารณาเป็นหลัก ประสิทธิภาพและความสมัครใจ และปรับโครงสร้างตลาดแรงงานให้มีความยืดหยุ่น ให้กลุ่มวัยแรงงานมีความคล่องตัวในการเคลื่อนย้ายงาน และวัยสูงอายุทำงานได้ยาวนานขึ้น

นโยบายส่งเสริมการออมและระบบสวัสดิการถ้วนหน้า ประกอบด้วย การสร้างความรู้ทางการเงิน (financial literacy) การวางแผนการใช้จ่าย การออมและการลงทุน การพัฒนาระบบสวัสดิการและระบบบำนาญ และระบบประกันสังคมให้มีความยั่งยืน

กำหนดมาตรการการออมภาคบังคับให้เหมาะสมกับรายได้และการใช้จ่ายของแต่ละอาชีพ และการออมทางเลือก เช่น การปลูกไม้เศรษฐกิจ

มิติสภาพแวดล้อม

เน้นการสร้างความยั่งยืนทางด้านสิ่งแวดล้อมและบรรเทาปัญหาโลกร้อน ดังนี้

สร้างสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ (healthy environment) หมายถึงการวางผังเมืองให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพของผู้อยู่อาศัย ด้วยการสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย พัฒนาเมืองในระยะยาวให้ลดการพึ่งพารถยนต์ส่วนบุคคล ส่งเสริมการเข้าถึงระบบขนส่งสาธารณะที่มีคุณภาพ และอนุรักษ์และพัฒนาพื้นที่สีเขียว

การสร้างสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรต่อคนทุกกลุ่ม (friendly environment) ทั้งสถานที่ส่วนบุคคล สถานที่สาธารณะ และระบบขนส่งสาธารณะ ต่าง ๆ ให้เหมาะสมต่อการเดินทางได้เองสำหรับคนทุกวัยโดยเฉพาะในผู้สูงอายุและผู้พิการ เพื่อให้เกิดลักษณะ “อยู่ดี” (universal design)

มิติสุขภาพ

ให้คนทุกวัยมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง และได้รับการดูแลรักษาด้วยระบบบริการสุขภาพที่เชื่อมต่อกันอย่างมีประสิทธิภาพ ตั้งแต่บ้าน ชุมชน และโรงพยาบาล ดังนี้

ส่งเสริมและสร้างแรงจูงใจให้คนมีสุขภาพดี โดยการออกแบบนโยบายทุกด้านต้องคำนึงถึงมิติการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้ทุกนโยบายมีมิติห่วงใยสุขภาพ (health-in-all



policies) และส่งเสริมให้คนทุกช่วงวัย มีการดูแลสุขภาพ (healthy lifestyle) ที่เหมาะสม ทั้งการเข้าถึงอาหารสุขภาพ ได้สะดวกและมีราคาถูก การส่งเสริมให้มีกิจกรรมทางกายได้ทุกสถานที่ การมีสุขภาพจิตที่ดี และการเข้าถึง บริการสุขภาพ



การยกระดับระบบบริการสุขภาพ

โดยการยกระดับบริการปฐมภูมิ การพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้สามารถรองรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น ผลិតบุคคลากรสาธารณสุข ที่ผ่านการฝึกอบรมดูแลผู้สูงอายุ และบูรณาการเชื่อมโยง ส่งต่อ จากชุมชนสู่การดูแลระยะกลางและระยะยาว เกิดเครือข่ายการบริหารคน เครื่องมือ ทรัพยากร และเทคโนโลยีในการดูแลผู้สูงอายุ



การส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการส่งเสริมสุขภาพ โดยการบูรณาการข้อมูลสุขภาพ ให้ข้อมูลภาครัฐ อยู่ในรูปแบบดิจิทัลที่อยู่บนมาตรฐานเดียวกัน และส่งเสริมให้ประชาชนมีความสามารถในการจัดการสุขภาพของตนเอง ด้วยอุปกรณ์ดิจิทัลส่วนบุคคล รวมถึงส่งเสริม tech startup

สรุป

ปัจจุบันประเทศไทยเป็นสังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 20 ของประชากร และจะก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอดในอีกไม่ถึง 20 ปีข้างหน้า ที่สัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็นกว่าร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด แน่นหนาว่า การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงในมิติต่าง ๆ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และสุขภาพ ที่ผ่านมา ประเทศไทยได้ตระหนักถึงปรากฏการณ์ดังกล่าว และมีการจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์ผู้สูงอายุ มากกว่าสี่ทศวรรษแล้ว โดยปัจจุบัน ได้เน้นการพัฒนาศักยภาพและทักษะผู้สูงอายุ เพื่อมุ่งไปสู่ “การสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ” และ “การสูงวัยอย่างมีพลัง” อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยมีเวลาไม่มากในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงด้านประชากรดังกล่าว จึงต้องเร่งปรับตัวอย่างรวดเร็วและจริงจังเพื่อให้สังคมไทยมีความพร้อมในการก้าวเข้าสู่โครงสร้างเศรษฐกิจใหม่ และสร้างหลักประกันให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงทางด้านรายได้ สร้างสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพและเป็นมิตรต่อคนทุกกลุ่ม เพื่อให้คนทุกวัยมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง และได้รับการดูแลรักษาด้วยระบบบริการสุขภาพที่เชื่อมต่อกันอย่างมีประสิทธิภาพ และสร้างสังคมสำหรับคนทุกกลุ่ม รวมถึงกลไกการผสมผสานพลังทางสังคมเพื่อให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระยะยาวต่อไป

บีติสังคม

พัฒนาเชิงระบบด้านสังคม ดังนี้

การสร้างสังคมสำหรับคนทุกกลุ่ม (inclusive society)

ประกอบด้วย ส่งเสริมการสร้างทัศนคติที่ดีต่อการอยู่ร่วมกัน ให้คนแต่ละช่วงวัยมีทัศนคติเชิงบวกต่อกัน และเพิ่มโอกาสให้คนหลาย ๆ รุ่นมีกิจกรรมร่วมกัน สร้างทักษะในการวางแผนชีวิตที่เหมาะสมในแต่ละช่วงวัย และส่งเสริมให้มีบริการดูแลเด็กและผู้สูงอายุในรูปแบบที่หลากหลาย โดยภาครัฐร่วมมือกับภาคเอกชนและหน่วยธุรกิจเพื่อสังคม

การสร้างกลไกการผสมผสานพลังทางสังคม

ประกอบด้วย การสร้างชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง โดยพัฒนาศักยภาพของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น ชุมชน วัด ศาสนสถาน ชมรมผู้สูงอายุ และภาคเอกชน ให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับสังคมเมือง ควรสร้างชุมชนเมืองเข้มแข็ง ผ่านกลไกนิติบุคคลคอนโดและหมู่บ้านจัดสรร โดยสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมทางสังคมที่นำไปสู่การดูแลซึ่งกันและกัน และสร้างชุมชนเสมือนจริงที่เข้มแข็ง และการใช้พื้นที่บนโลกออนไลน์อย่างเหมาะสม เคารพผู้อื่น และมีภูมิคุ้มกัน

การปรับนโยบายประชากร

โดยสร้างความพร้อมด้านข้อมูลและองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง โดยเชื่อมโยงฐานข้อมูลประชากรกับทะเบียนราษฎร์และระบบสวัสดิการอื่น ๆ สร้างสวัสดิการและแรงจูงใจให้ผู้ที่มีบุตร เช่น มาตรการทางภาษี สิทธิประโยชน์เพิ่มเติมจากระบบประกันสังคม การให้ความช่วยเหลือทางการเงินในการเลี้ยงดูบุตร และบูรณาการการทำงานของหน่วยงานภาครัฐเพื่อรองรับสังคมสูงอายุ



การส่งเสริมสมุนไพรไทย จากอดีตถึงปัจจุบัน

“ ตลาดสมุนไพรไทยมีการเติบโตอย่างต่อเนื่อง ในปี 2565 การบริโภคผลิตภัณฑ์สมุนไพรในประเทศไทยมีมูลค่าสูงถึง 52,104 ล้านบาท นอกจากนี้ ประเทศไทยยังส่งออกสมุนไพรและผลิตภัณฑ์เป็นอันดับ 1 ในภูมิภาคอาเซียน คิดเป็นมูลค่ากว่าหนึ่งหมื่นล้านบาท โดยประเทศไทยมุ่งเป็นผู้นำด้านผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพื่อสุขภาพของภูมิภาค และก้าวเป็นศูนย์กลางนวัตกรรมสมุนไพรที่สำคัญแห่งหนึ่งของโลก ”

มะขาง • *Madhuca prieri*



ที่มา : npic-surat.com/web/index.php/2013-07-23-06-43-31/-prs/sapotaceae-174-sapotaceae

ละหุ่ง • *Ricinus communis*



ที่มา : commons.wikimedia.org/wiki/File:Ricinus_March_2010-1.jpg

สมอไทย • *Terminalia chebula*



ที่มา : [flickr.com/photos/wwwsncomphotos/14454399611](https://www.flickr.com/photos/wwwsncomphotos/14454399611)

สมอจีน • *Canarium album*



ที่มา : en.wikipedia.org/wiki/Canarium_album

บทนำ

ตลาดสมุนไพรไทยมีการเติบโตอย่างต่อเนื่อง การบริโภคผลิตภัณฑ์สมุนไพรในประเทศไทยในปี 2565 มีมูลค่าสูงถึง 52,104.3 ล้านบาท เทียบกับมูลค่า 48,108 ล้านบาทในปี 2564¹ โดยส่วนหนึ่งได้รับการกระตุ้นจากการบริโภคฟ้าทะลายโจรและสมุนไพรอื่น ๆ ในช่วงการระบาดของโควิด-19 กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศคาดว่าตลาดผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทยจะมีมูลค่าสูงถึง 59,500 ล้านบาท ภายในปี 2569² **โดยประเทศไทยมีเป้าหมายที่จะเป็นผู้นำด้านผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพื่อสุขภาพที่ได้มาตรฐานในภูมิภาคอาเซียน และมีโอกาสที่จะก้าวเป็นศูนย์กลางนวัตกรรมสมุนไพรแห่งหนึ่งของโลก**

พัฒนาการของสมุนไพรไทยเป็นผลมาจากการแพทย์แผนไทยและผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทยที่มีรากฐานมาจากภูมิปัญญาท้องถิ่นและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างอารยธรรมต่าง ๆ ในอุษาคเนย์ โดยในอดีตมีการเขียนตำราแพทย์แผนไทยและบันทึกเกี่ยวกับสมุนไพรไทยจำนวนมาก และมีการสืบทอดมาจนถึงยุคกรุงรัตนโกสินทร์ ก่อนที่การแพทย์แผนไทยจะลดความสำคัญลงเมื่อราวหนึ่งร้อยปีที่ผ่านมามีการเติบโตขึ้นของการแพทย์สมัยใหม่ อย่างไรก็ตาม ได้มีการฟื้นฟูการแพทย์แผนไทย การพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทยและนโยบายส่งเสริมการผลิตสมุนไพรไทยในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ต่อมา ได้มีการจัดทำแผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560–2565 และ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2566–2570 เพื่อส่งเสริมให้อุตสาหกรรมสมุนไพรไทยเติบโตขึ้นเป็นผู้นำอุตสาหกรรมนี้ในภูมิภาคอาเซียน บทความนี้เป็นการศึกษาการอภิปรายพัฒนาการของสมุนไพรไทยและการส่งเสริมอุตสาหกรรมสมุนไพรไทย ประกอบด้วย การแพทย์แผนไทยในอดีต ผลิตภัณฑ์ยาสมุนไพรไทย และนโยบายส่งเสริมสมุนไพรไทย

สมอติ่ง • *Terminalia citrina*



ที่มา : [abdul.dtam.moph.go.th/thaiherbs/herb_pdf/0193.pdf](https://www.flickr.com/photos/abdul.dtam.moph.go.th/thaiherbs/herb_pdf/0193.pdf)

สมอพิเภก • *Terminalia bellirica*



ที่มา : [flickr.com/photos/wwwsncomphotos/18923840633](https://www.flickr.com/photos/wwwsncomphotos/18923840633)

ดีปลี • *Piper retrofractum*



ที่มา : [flickr.com/photos/tony_rodd/6508988473](https://www.flickr.com/photos/tony_rodd/6508988473)

สลัดไดป่า • *Euphorbia antiquorum*



ที่มา : [flickr.com/photos/89906643@N06/11883665134](https://www.flickr.com/photos/89906643@N06/11883665134)

กระวาน • *Wurfbainia vera*



ที่มา : apps.phar.ubu.ac.th/thaicrudedrug/main.php?action=viewpage&pid=11

พุนนาค • *Mesua ferrea*



ที่มา : apps.phar.ubu.ac.th/phargarden/main.php?action=viewpage&pid=67

จันทน์เทศ • *Myristica fragrans*



ที่มา : commons.wikimedia.org/wiki/File:Nutmeg_on_Tree.jpg

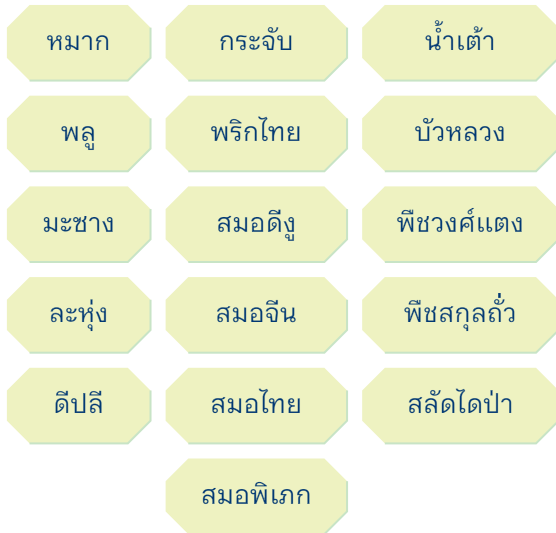
การบูร • *Camphora officinarum*



ที่มา : commons.wikimedia.org/wiki/File:Cinnamomum_camphora_Turramurra_railway.jpg

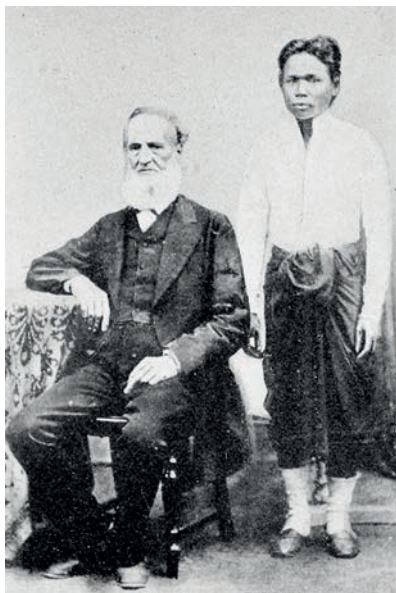
การแพทย์แผนไทยในอดีต

นักโบราณคดีได้ค้นพบหลักฐานวิธีการรักษาโรคในยุคก่อนประวัติศาสตร์บนดินแดนประเทศไทยหลายพื้นที่ อาทิ แหล่งโบราณคดีบ้านเชียง ที่พบเมล็ดธัญพืชหลากหลายสายพันธุ์ อาทิ



พืชเหล่านี้อาจจะถูกใช้เป็นอาหาร หรือยาสมุนไพรได้ ทั้งนี้ จากหลักฐานทางสันนิษฐานได้ว่า มนุษย์ในยุคก่อนประวัติศาสตร์มีกระบวนการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ การสังเกต และการคาดเดา จากนั้นจึงนำพืชพันธุ์ต่าง ๆ มาประยุกต์ใช้เป็นสมุนไพรรักษาโรคต่อไป³

นายแพทย์แดน บีช บรัดเลย์ (ซ้าย)



ที่มา : gutenberg.org/files/63818/63818-h/63818-h.htm

ในยุคทวารวดี หรือทวารวดี ปรากฏหลักฐานที่แสดงถึงการรักษาพยาบาล คือ แท่นหินและหินบดยา ซึ่งพบที่แหล่งโบราณคดีนครปฐม และอุททอง⁴ ต่อมาในสมัยพระเจ้าชัยวรมันที่ 7 (พ.ศ. 1725-1761) ของอารยธรรมขอม พบหลักฐานการสร้างโรงพยาบาล หรือ อโรคยศาล กระจายทั่วอาณาจักรรวมทั้งสิ้น 102 แห่ง ปรากฏหลักฐานที่อยู่ในดินแดนของไทยปัจจุบัน จำนวน 22 แห่ง โดยพบหลักฐานจากศิลาจารึกในอโรคยศาลที่บันทึกเกี่ยวกับระเบียบการรักษา รายการยาสมุนไพรที่ใช้ในการรักษาโรค เช่น



ควบคู่กับการประกอบพิธีกรรมและการบูชาสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือเทพเจ้า

ในยุคอาณาจักรสุโขทัย เป็นสังคมชุมชนกระจายตามหมู่บ้าน ยังไม่มีระบบการแพทย์ที่เป็นแบบแผน โดยแต่ละหมู่บ้านหรือชุมชนจะมีหมอกกลางบ้าน เรียกว่า หมอเฉลยศักดิ์ รักษาโดยการเข้ายาสมุนไพรผสมกับหลักการทางพระพุทธศาสนาและพิธีทางไสยศาสตร์ที่ปรากฏให้เห็นจนถึงปัจจุบัน คือ พิธีกรรมต่อวิญญาณโดยการใช้ตุ๊กตาเสียบาลาน่าไปวางไว้ที่ทางสามแพร่งหรือลอยน้ำ เพื่อป้องกันมิให้วิญญาณร้ายมานำตัวผู้ที่เจ็บป่วยไปหรือปัดเป่าสิ่งชั่วร้ายให้หญิงตั้งครรภ์ใกล้คลอด⁵

สมัยอยุธยาเป็นช่วงที่การแพทย์มีความรุ่งเรืองเป็นระเบียบแบบแผน มีการแบ่งรูปแบบประเภทหมอมตามการรักษา มีการกำหนดตำแหน่งหมอที่รับราชการในราชสำนัก ปรากฏหลักฐานว่าในอยุธยา มีร้านขายยาที่กระจายอยู่ตามจุดต่าง ๆ เพื่อการเข้าถึงยาและการรักษาโรคของประชาชนทั่วไป⁶ ในสมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราช อยุธยา มีการติดต่อค้าขายกับชาติตะวันตกมากขึ้น ส่งผลให้มีการรับเอาแนวคิด ศาสนา และศิลปวิทยาการด้านต่าง ๆ รวมถึงด้านการแพทย์ ทำให้ราชสำนักมีการเลือกใช้วิธีการรักษาทางการแพทย์ที่หลากหลายขึ้น ดังปรากฏใน “ตำราพระโอสถพระนารายณ์” ที่บันทึกไว้ว่ามีหมोजำนวนมากร่วมกันปรุงยา ประกอบด้วย หมอไทย หมอจีน หมออินเดีย และหมอตะวันตก⁷ และมียาบางขนานที่ปรุงขึ้นโดยหมอฝรั่ง ปัจจุบันตำรับยาที่ปรากฏใน “ตำราพระโอสถพระนารายณ์” ได้ถูกนำมาใช้กับคนไข้โดยแพทย์แผนไทย ตลอดจนนำไปวิจัยถึงประสิทธิผลและความปลอดภัยในการรักษาและพัฒนาเป็นยาในรูปแบบต่าง ๆ⁸

ต่อมาในปี 2378 ยุคกรุงรัตนโกสินทร์ นายแพทย์แดน บีช บรัดเลย์ ได้เดินทางเข้ามา ณ ราชอาณาจักรสยาม ได้นำวิทยาการ ยา อุปกรณ์ผ่าตัด และตำราแบบแพทย์แผนตะวันตกเข้ามา ทำให้การแพทย์แบบตะวันตกมีอิทธิพลมากขึ้น อย่างไรก็ตาม การแพทย์แผนไทยก็ยังคงมีบทบาทสำคัญ โดยกรมหลวงวงศาธิราชสนิทที่ทรงเข้าเรียนการแพทย์จากหมอบรัดเลย์ได้นิพนธ์ “ตำราสรรพคุณยา” ซึ่งเป็น

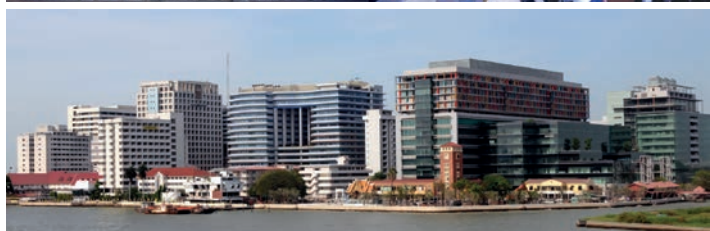
ตำราแพทย์แผนไทยสมัยใหม่ในยุคนั้น⁹ ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ได้มีการจัดพิมพ์ตำราการแพทย์แผนไทยขึ้นอีกมากมาย ทำให้มีการประกาศเป็นตำราหลวงทั้งหมด 5 เล่ม ได้แก่ ตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ฉบับหลวง 2 เล่ม และตำราแพทย์ศาสตร์สังเขปหรือเวชศึกษา จำนวน 3 เล่ม ซึ่งแพทย์แผนโบราณมีสิทธิปรุงยาจากตำราดังกล่าวได้โดยไม่ต้องจดทะเบียนตำรับยาไทยอีก¹⁰

ต่อมาการแพทย์สมัยใหม่ได้รับความนิยมเพิ่มขึ้น โดยได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ ในปี 2444 มีการตั้งโอสถศาลารัฐบาลหรือโอสถสภาอยู่ในกรมพยาบาล ต่อมาในปี 2451 กรมหลวงดำรงราชานุภาพและคณะแพทย์ชาวต่างประเทศได้เริ่มมีการปรุงยาโอสถสภา 8 ขนาน ได้แก่

ยาแก้ไข้ (ควินิน)	ยาแก้โรคบิด
ยาถ่าย	ยาบำรุงโลหิต
ยาแก้ท้อง	ยาแก้คุดทะราด
ยาแก้โรคไส้เลื่อน	ยาแก้จุกเสียด (โซดามินท์)

และในสมัยรัชกาลที่ 6 ได้มีประกาศให้ใช้ พ.ร.บ. การแพทย์เป็นการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ในปี 2466 ทำให้ประชาชนเริ่มให้ความเชื่อมั่นกับการแพทย์แผนปัจจุบันเพิ่มมากขึ้น จนเติบโตและพัฒนาขึ้นมาเป็นการแพทย์สมัยใหม่ในยุคปัจจุบัน

จนมาถึงสมัย รัชกาลที่ 9 การแพทย์แผนไทยได้รับการส่งเสริมและกลับเข้าสู่วงการสาธารณสุขไทยอีกครั้งจากการจัดตั้งสมาคมของโรงเรียนแพทย์แผนโบราณที่วัดโพธิ์ ในปี 2500 และ 2525 ตั้งโรงเรียนอายุรเวทวิทยาลัย ทำให้รัฐบาลไทยหันมาวิจัยและผลิตยาสมุนไพรใช้เองมากขึ้น จึงกลายเป็นจุดเริ่มต้นการกลับมาของยาสมุนไพรและการแพทย์แผนโบราณอีกครั้ง ในฐานะการแพทย์ดั้งเดิมของประเทศ¹¹



ผลิตภัณฑ์ยาสมุนไพรไทย

ในปี 2478 ดร. ต้ว ลพานุกรม อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์ กระทรวงเศรษฐการ ได้พิจารณาเห็นว่าประเทศไทยควรมีโรงงานผลิตยาเองเนื่องจากประเทศไทยมีสมุนไพรและวัตถุดิบ และช่วยให้ไทยมียาสำรองไว้ใช้ในยามคับขันด้วย ในปี 2482 จึงได้สร้างโรงงานเภสัชกรรมขึ้น¹² ต่อมา นพ. เสม พริ้งพวงแก้ว รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศใช้นโยบายแห่งชาติทางด้านยาในปี พ.ศ. 2524 มีสาระสำคัญคือนโยบายยาหลักแห่งชาติและการพึ่งตนเองด้านยา โดยจัดให้มียาที่ปลอดภัย มีคุณภาพดี ราคาพอสมควร กระจายอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะยาสำหรับสาธารณสุขมูลฐาน

ในด้านสมุนไพร กระทรวงสาธารณสุขมอบให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาค้นคว้าศักยภาพด้านการบำบัดรักษาโรคของยาแผนโบราณ และให้สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐานจัดทำโครงการสมุนไพรกับสาธารณสุขมูลฐาน โดยได้รับความช่วยเหลือจากองค์การอนามัยโลกและองค์การยูนิเซฟ ทำให้เกิดการตื่นตัวต่อการใช้ยาสมุนไพร และถูกกำหนดให้อยู่ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529) เป็นต้นมาแผนดังกล่าวเน้นให้มี

1 แผนงานพัฒนายาแห่งชาติ ประกอบด้วย 3 โครงการ คือ โครงการผลิตยา โครงการจัดหากระจายยา และโครงการวิจัยยาและสมุนไพร

2 แผนงานสาธารณสุขมูลฐาน การจัดหายาที่จำเป็นสำหรับชาวบ้าน

3 แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหาร ยา เครื่องสำอาง และวัตถุมีพิษ

(บน) โรงเรียนอายุรเวทวิทยาลัย ช่วงปี พ.ศ. 2525-2541

(ล่าง) ปัจจุบันโรงเรียนอายุรเวทวิทยาลัย ได้กลายเป็น “โรงเรียนอายุรเวทธารัง” ส่วนหนึ่งของ “การแพทย์แผนไทยประยุกต์ศิริราช” คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ที่มา : www2.si.mahidol.ac.th/en/center-of-applied-thai-traditional-medicine/about

ในปี 2536 ได้มีการประกาศใช้นโยบายแห่งชาติด้านยา ฉบับที่ 2 สนับสนุนการศึกษาและวิจัยเพื่อให้ทราบศักยภาพด้านการป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพและบำบัดรักษาของสมุนไพร ยาสมุนไพร และ ยาแผนโบราณ ทำให้มีการริเริ่มจัดทำบัญชียาหลักจากสมุนไพร เป็นครั้งแรกคือ “บัญชียาจากสมุนไพร พ.ศ. 2542” เพื่อส่งเสริม การพึ่งตนเองด้านยา และต่อมาปรับปรุงเป็น “บัญชียาจากสมุนไพร พ.ศ. 2549” แบ่งเป็นยาตำรับ จำนวน 11 รายการ ได้แก่

- | | |
|--------------------|---------------|
| ยาแก้ไข้ห่าราก | ยาประสะกานพลู |
| ยาเขี้ยวหอม | ยาประสะไพล |
| ยาเหลียงปิดสมุทร | ยาประสะมะแว้ง |
| ยาจันทน์ลีลา | ยาหอมเทพจิตร |
| ยาถ่ายดีเกลือฝรั่ง | ยาหอมนวโกฐ |
| ยาธาตุบรรจบ | |

สำหรับบัญชียาพัฒนาจากสมุนไพร จำนวน 8 รายการ ได้แก่

- | | | |
|------------|-------|-------------|
| ขมิ้นชัน | บัวบก | ไพล |
| ขิง | พญายอ | ฟ้าทะลายโจร |
| ชุมเห็ดเทศ | พริก | |

ทำให้เกิดมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรเพิ่มสูงขึ้น ในปี 2553 ได้ปรับปรุง บัญชียาจากสมุนไพร เพื่อส่งเสริมการแพทย์แผนไทยให้คู่ขนานกับ การแพทย์แผนปัจจุบันในระบบบริการสาธารณสุข และส่งเสริม การผลิตยาจากสมุนไพรในโรงพยาบาล ส่งผลให้มียาในบัญชีเพิ่มขึ้น เป็น 71 รายการ (จากเดิม 19 รายการ) และมีการจัดทำเภสัชตำรับ โรงพยาบาลของยาจากสมุนไพรขึ้นเป็นครั้งแรก¹³

ในปี 2562 ได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562 เนื่องจากยังไม่มีกฎหมายควบคุมและกำกับดูแลผลิตภัณฑ์ สมุนไพรเป็นการเฉพาะ ทำให้ต้องนำบทบัญญัติตามกฎหมายว่าด้วย ยาและกฎหมายว่าด้วยอาหารมาใช้บังคับ ซึ่งกฎหมายดังกล่าวยังไม่เหมาะสมกับการควบคุมและกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สมุนไพร โดยมีคณะกรรมการนโยบายสมุนไพรแห่งชาติทำหน้าที่กำหนดนโยบาย และแผนยุทธศาสตร์ด้านผลิตภัณฑ์สมุนไพรแห่งชาติ จึงทำให้มี กฎหมายที่ใช้ควบคุม ดูแล และพัฒนาการผลิต นำเข้า และจำหน่าย ยาแผนโบราณแยกออกมาเป็นการเฉพาะ และมีการเปลี่ยนชื่อเรียก

ยาแผนโบราณ เป็น “ยาแผนไทย” และ “ยาพัฒนา จากสมุนไพร”¹⁴ ต่อมา เมื่อมีการแก้ไขกฎหมายให้พืช กัญชง กัญชา และกระท่อม สามารถครอบครองไว้ เพื่อการศึกษาวิจัย ตลอดจนจำหน่ายและนำเข้าเพื่อ ใช้ในการรักษาโรคได้อย่างถูกกฎหมาย ทำให้ตำรับ ยาแผนไทยที่มีส่วนผสมของพืชสมุนไพรดังกล่าวได้ รับความนิยมมากขึ้น

ต่อมา เมื่อประเทศไทยได้รับผลกระทบจาก การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ตั้งแต่ปี 2562 เป็นต้นมา กระทรวงสาธารณสุขได้ส่งเสริมให้ มีการใช้ยาแผนไทย และยาพัฒนาจากสมุนไพรหลาย ตำรับ อาทิ ยาฟ้าทะลายโจร (รูปแบบสกัด) ควบคู่ กับยาแผนปัจจุบัน เพื่อบรรเทาอาการหวัด ไอและ เจ็บคอ ทำให้ประชาชนจำนวนมากหันมาใช้ยาสมุนไพร มากยิ่งขึ้น¹⁵ จนนำไปสู่การผลักดันยาฟ้าทะลายโจร แบบสกัด และตำรับยาที่มีส่วนผสมของกัญชาเข้าสู่ บัญชียาหลักแห่งชาติ ตามประกาศคณะกรรมการ พัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ ด้านสมุนไพร พ.ศ. 2564 และบัญชียาหลักแห่งชาติ ด้านสมุนไพร (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2565 โดยมีการแบ่ง ประเภทยาจากสมุนไพรออกเป็น 3 บัญชี รวมทั้งสิ้น 96 รายการ (มีรายการยาจากสมุนไพรที่มีส่วนผสมกัญชา อยู่ 8 รายการ) โดยในช่วงการระบาดระลอกที่ 3-4 ของ โควิด-19 ยอดขายผลิตภัณฑ์สมุนไพรจากฟ้าทะลายโจร เพิ่มขึ้นถึง 5 เท่า และราคาใบฟ้าทะลายโจรเพิ่มขึ้นราว 10 เท่า¹⁶

ชุมเห็ดเทศ
Senna alata



ที่มา : commons. wikipedia.org/wiki/ File:BungaGelenggang.jpg

พญายอ
Clinacanthus nutans



ที่มา : pharmacy.su.ac.th/ herbmed/herb/text/herb_ detail.php?herbID=149

ไพล
Zingiber cassumunar



ที่มา : thaicam.go.th/wp- content/uploads/2021/08/5. พืชสมุนไพรเศรษฐกิจ-2564.pdf

ฟ้าทะลายโจร
Andrographis paniculata



ที่มา : commons.wikimedia. org/wiki/File:Andrographis_ paniculata_001.JPG

นโยบายการพัฒนาสมุนไพรระดับชาติ

พัฒนาการของการแพทย์แผนไทย และผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทยกระตุ้นให้เกิดนโยบายการพัฒนาสมุนไพรระดับชาติขึ้น โดยถูกบรรจุในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555–2559) โดยกำหนดกรอบการพัฒนาด้านสุขภาพของประเทศ เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพพอเพียงโดยยึดหลักธรรมาภิบาล สร้างภูมิคุ้มกันต่อภัยคุกคาม และสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน รวมถึงการใช้ภูมิปัญญาไทย โดยกำหนดยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์แผนไทยไว้ใน **ยุทธศาสตร์ที่ 1 คือ การเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคสุขภาพในการสร้างสุขภาพ ตลอดจนการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพบนพื้นฐานภูมิปัญญาไทย**

ต่อมา รัฐบาลได้จัดทำแผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560–2564 (ขยายระยะเวลาการดำเนินงานจนถึงปี 2565 เพื่อให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ) เพื่อส่งเสริมและรักษาภูมิปัญญาที่เกี่ยวข้องกับสมุนไพรไทย และพัฒนาการ

ผลิตและใช้ประโยชน์จากสมุนไพรไทย อย่างมีคุณภาพ และครบวงจร โดยมีงบประมาณสนับสนุน 18,499.95 ล้านบาท ในช่วงที่มีการประกาศใช้แผนปฏิบัติการฯ ฉบับที่ 1 (ช่วงปี 2560–2562) อัตราการขยายตัวของตลาดผลิตภัณฑ์สมุนไพรของไทย เฉลี่ยสูงถึงร้อยละ 10.3 ช่วยผลักดันให้ไทยเป็นประเทศผู้ผลิตสมุนไพรชั้นนำแห่งหนึ่งในเอเชีย นอกจากนี้ เมื่อเกิดการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นต้นมา รัฐบาลได้ส่งเสริมให้มีการใช้ฟ้าทะลายโจร และกระชาย ร่วมกับยาแผนปัจจุบัน และเมื่อมีการแก้ไขกฎหมายยาเสพติด ทำให้กลุ่มพืชสมุนไพรที่เป็นยาเสพติดประเภทที่ 5 ทั้ง กัญชง กระต่อม และกัญชา สามารถนำมาใช้เพื่อการรักษาโรคได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย¹⁷

คณะกรรมการนโยบายสมุนไพรแห่งชาติ ได้เปิดเผยผลการดำเนินการขับเคลื่อนสมุนไพรไทยในช่วง 6 ปี¹⁸ (พ.ศ. 2560–2565) ว่า สามารถทำให้ประเทศไทยส่งออกวัตถุดิบ

สมุนไพร คุณภาพ และผลิตภัณฑ์สมุนไพรเป็นอันดับ 1 ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ คิดเป็นมูลค่า 12,211 ล้านบาท มีการส่งเสริมการพัฒนาอุตสาหกรรมสมุนไพรไทย ยกกระดานประกอบการกว่า 377 กิจการ ขยายช่องทางการตลาดสมุนไพร ทั้งในประเทศและต่างประเทศ และสนับสนุนการลงทุนและวิจัยและนวัตกรรม เพิ่มขึ้น 2,048.8 ล้านบาท มีโครงการวิจัยพัฒนาสมุนไพรอย่างครบวงจร กว่า 1,295 โครงการ และพัฒนา 14 จังหวัดให้เป็นเมืองสมุนไพรแบบครบวงจร ทั้งการปลูกและการแปรรูป เป็นต้น

ในปี 2566 ได้เข้าสู่แผนปฏิบัติการด้านสมุนไพรแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2566–2570) ซึ่งคณะรัฐมนตรี มีมติเห็นชอบเมื่อวันที่ 31 มกราคม 2566¹⁹ มีการเพิ่มยุทธศาสตร์ เป็น 5 ยุทธศาสตร์ และโครงการสำคัญตามแผนปฏิบัติการ รวม 61 โครงการ หน่วยงานร่วมบูรณาการรวม 53 หน่วยงาน รวมงบประมาณ 14,160 ล้านบาท โดย 5 ยุทธศาสตร์ ประกอบไปด้วย

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การส่งเสริมการผลิตและแปรรูปวัตถุดิบสมุนไพรที่มีคุณภาพและมาตรฐาน

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพของผู้ประกอบการและอุตสาหกรรมสมุนไพรตลอดห่วงโซ่อุปทาน

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การส่งเสริมการตลาดผลิตภัณฑ์สมุนไพร

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การส่งเสริมการบริโภคผลิตภัณฑ์สมุนไพรอย่างเหมาะสม

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การพัฒนาระบบนิเวศที่สนับสนุนการขับเคลื่อนการพัฒนาสมุนไพรไทยอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน



ที่มา : commons.wikimedia.org/wiki/
File:Centella_asiatica_-_large.jpg

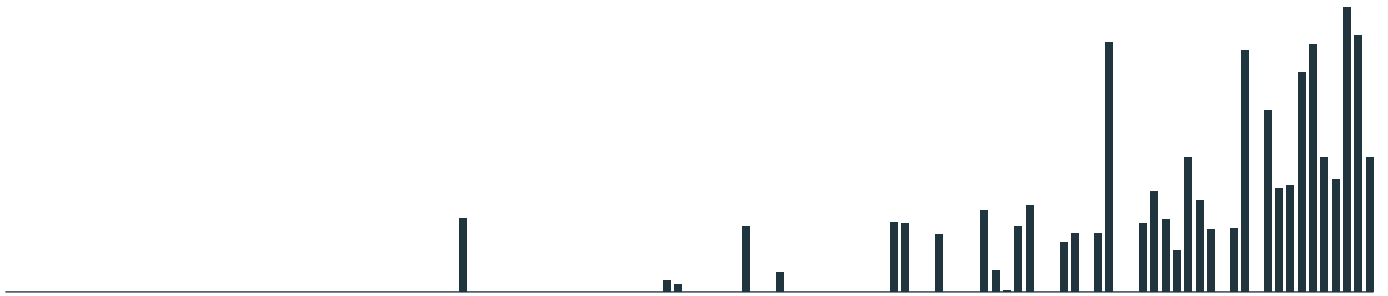
บัวบก • *Centella asiatica*

สรุป

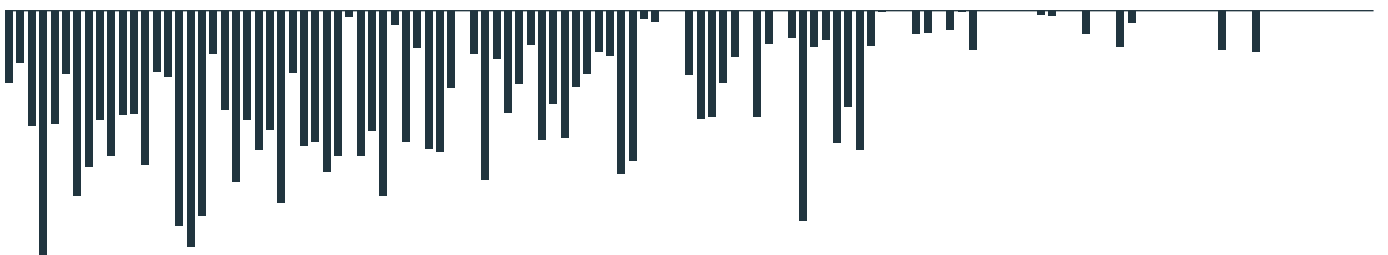
จะเห็นได้ว่าการขับเคลื่อน แผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 รัฐบาลเน้นให้ความสำคัญกับประโยชน์ทางด้านเศรษฐกิจเป็นหลัก ทั้งการส่งออกและยกระดับศักยภาพการผลิต มากกว่าการพัฒนาเพื่อนำสมุนไพรไทยมาทดแทนการนำเข้ายาจากต่างประเทศ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะประเทศไทยมุ่งหวังช่วงชิงตลาดสมุนไพรโลก ซึ่งมีมูลค่ารวมกันประมาณ 9.18 หมื่นล้านเหรียญดอลลาร์สหรัฐ²⁰ แต่เป็นการยกระดับสมุนไพรที่เป็นผลิตภัณฑ์เฉพาะเท่านั้น ยังไม่ใช้การยกระดับเพื่อนำสมุนไพรไทยมาปรับใช้กับการรักษาโดยตรงของสถานพยาบาล แม้ว่าจะมีการประกาศนำสมุนไพรเข้าสู่บัญชียาหลักหลายรายการก็ตาม

สำหรับแผนปฏิบัติการด้านสมุนไพรแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2566–2570) ให้ความสำคัญกับการพัฒนาสารสกัดเพื่อลดการนำเข้า และทำให้ประเทศสามารถเติบโตเป็นผู้นำในอุตสาหกรรมสมุนไพรได้อย่างเต็มตัว มีการตั้งเป้าการขยายตัวของอุตสาหกรรมสารสกัดระดับอุตสาหกรรมขั้นสูงเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 5 ในปี 2570 แต่หากไม่มีมาตรการป้องกันที่ดีก็อาจกระทบต่อผู้ผลิตระดับชุมชน หรือผู้ผลิตในระดับภูมิปัญญาท้องถิ่นได้ นอกจากการส่งเสริมด้านการผลิตแล้ว ยังมีปัญหาการนำยาแพทย์แผนไทย มาประยุกต์ใช้กับแพทย์แผนปัจจุบัน เนื่องจากยังมีความไม่เชื่อมั่นในระดับบุคลากรทางการแพทย์เอง²¹ จึงต้องส่งเสริมงานวิจัยทางการแพทย์ของสมุนไพรอย่างเป็นระบบ และการส่งเสริมให้เกิดความรู้ด้านแพทย์แผนไทยกับบุคลากรทางการแพทย์มากขึ้น

การแพทย์แผนไทยและสมุนไพรไทยเป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการของประวัติศาสตร์ไทย วิถีชีวิต และภูมิปัญญาท้องถิ่น ประเทศไทยได้จัดทำแผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 และ 2 โดยฉบับแรกที่เพิ่งผ่านพ้นไปให้ความสำคัญกับการผลิตและพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพื่อการบริโภคและส่งออก ส่วนฉบับที่ 2 ที่เริ่มต้นในปี 2566 นั้น เน้นการเติบโตของอุตสาหกรรมสมุนไพรและสารสกัดสมุนไพร และระบบนิเวศทั้งห่วงโซ่อุปทาน ภายหลังการระบาดของโควิด-19 ได้เกิดกระแสความนิยมผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทยหลายชนิด เช่น พืชทะเลจร และกระชาย ยิ่งไปกว่านั้น การแก้กฎหมายยาเสพติด ยิ่งทำให้ตำรับยาไทยที่มีส่วนผสมของกัญชา กัญชงและกระท่อม ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลาย จึงเป็นโอกาสสำคัญที่ประเทศไทยควรส่งเสริมการวิจัยทางการแพทย์จากสารสกัดสมุนไพรอย่างจริงจัง โดยมีการวิจัยทางคลินิกกับสารสกัดสมุนไพรต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ เพื่อต่อยอดการพัฒนาอุตสาหกรรมยา และผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์จากสมุนไพร และสร้างความเชื่อมั่นให้กับบุคลากรทางการแพทย์และผู้บริโภค และช่วยส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรให้อยู่ในบัญชียาหลักมากขึ้น ตลอดจนฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความรู้ในการรักษาด้วยยาสมุนไพรมากขึ้น นอกจากนี้ ควรพัฒนาห่วงโซ่อุปทานการผลิตพืชสมุนไพรให้ชุมชนท้องถิ่นต่าง ๆ เข้ามามีส่วนร่วมการผลิตวัตถุดิบที่มีคุณภาพและปลอดภัย



4 ผลงานดี ๆ เพื่อสุขภาพคนไทย



ยูเนสโกยกย่อง สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา

ในวันที่ 6 พฤษภาคม 2566 จะเป็นวาระครบรอบ 100 ปี วันประสูติของสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ ประเทศไทยจึงได้เสนอพระนามให้ยูเนสโกพิจารณาประกาศยกย่องพระองค์เป็นบุคคลสำคัญของโลก โดยพระองค์ทรงอุทิศภารกิจด้านการศึกษาด้านวิทยาศาสตร์ประยุกต์ การแพทย์ และการสาธารณสุข ด้านสังคมสงเคราะห์ ด้านสัมพันธ์ไมตรี ด้านการศาสนาและศิลปวัฒนธรรม ต่อมาที่ประชุมสมัชชาสามัญขององค์การยูเนสโกครั้งที่ 41 ซึ่งจัดขึ้นที่สำนักงานใหญ่องค์การยูเนสโก กรุงปารีส ประเทศฝรั่งเศส ระหว่างวันที่ 9-24 พฤศจิกายน 2564 ได้มีมติรับรองการร่วมเฉลิมฉลองบุคคลสำคัญและเหตุการณ์สำคัญทางประวัติศาสตร์ของโลกในปี 2565-2566 จำนวนทั้งสิ้น 67 รายการ โดยได้ยกย่องสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ เป็นบุคคลสำคัญของโลก และจะมีการเฉลิมฉลองวาระครบรอบ 100 ปี วันประสูติ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ (Centenary Celebration of Her Royal Highness Princess Galyani Vadhana) ในปี 2566 ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ

ทั้งนี้ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ ได้ทรงบำเพ็ญพระกรณียกิจมากมาย โดยมีโครงการในพระอุปถัมภ์หลายร้อยโครงการ ทั้งด้านการศึกษา การสังคมสงเคราะห์ การแพทย์และการสาธารณสุข การต่างประเทศ การศาสนาและอื่น ๆ อาทิ

ด้านการศึกษา พระองค์ทรงก่อตั้งสมาคมครูภาษาฝรั่งเศสแห่งประเทศไทยขึ้นในปี 2520 และทรงปฏิบัติพระกรณียกิจทั้งในด้านการศึกษา สังคมสงเคราะห์ และสาธารณสุขจนเป็นที่ประจักษ์ชัดในวงการศึกษาและมหาวิทยาลัยต่าง ๆ และองค์การระหว่างประเทศได้ถวายปริญญาดุษฎีบัณฑิตกิตติมศักดิ์และเหรียญสดุดีพระเกียรติคุณแด่พระองค์ นอกจากนี้ พระองค์ยังทรงเป็นอาจารย์สอนวิชาภาษาต่างประเทศที่มหาวิทยาลัยต่าง ๆ อีกทั้งทรงเคยเป็นหัวหน้าภาควิชาภาษาต่างประเทศ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และทรงจัดทำหลักสูตรปริญญาตรีสาขาภาษาและวรรณคดีฝรั่งเศสสำเร็จ และทรงได้รับพระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ แต่งตั้งให้เป็น ศาสตราจารย์พิเศษ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ทั้งยังพระราชทานทรัพย์ส่วนพระองค์และเงินกองทุนสมเด็จพระเจ้าเพื่อช่วยเหลือโครงการจัดส่งเยาวชนไทยไปร่วมแข่งขันโอลิมปิกวิชาการ



ด้านสังคมสงเคราะห์ พระองค์ทรงอุทิศพระวรกายในการพัฒนาท้องถิ่นชนบทและการศึกษา โดยเฉพาะในพื้นที่ยากจน ทรงห่วงใยเด็กและครอบครัวในชุมชนแออัด โดยทรงรับมูลนิธิเด็กก่อนในสลัมให้อยู่ในพระอุปถัมภ์ และทรงสนับสนุนโครงการพัฒนาเด็กหลายโครงการ เช่น โครงการพัฒนาเด็กในชุมชนและโครงการสาธารณสุขมูลฐานสำหรับแม่และเด็ก กองทุนนมและอาหารเสริม นอกจากนี้ยังช่วยเหลือชาวบ้านที่ประสบอัคคีภัย อุบัติภัย และภัยจากเคมี ทั้งยังทรงเป็นองค์อุปถัมภ์องค์กรด้านสังคม ได้แก่ มูลนิธิส่งเสริมสวัสดิภาพสตรีและเยาวชน มูลนิธิพัฒนาเยาวชนสตรีภาคเหนือ มูลนิธิชีวิตพัฒนา มูลนิธิโลกสีเขียว เป็นต้น



ด้านการแพทย์และการสาธารณสุข พระองค์ทรงเป็นประธานของมูลนิธิต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (พอ.สว.) หรือ หมอกระเป่าเขียว มูลนิธิโรคไต มูลนิธิหม่อมเจ้าบุญจิราธร (ซุมพล) จุฑารุช ซึ่งให้ทุนการศึกษาแพทย์ตามโครงการแพทย์ชนบทและนักศึกษาพยาบาล มูลนิธิขาเทียมในสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี และทรงรับมูลนิธิและกองทุนการกุศลต่าง ๆ ทางด้านสาธารณสุขไว้ในพระอุปถัมภ์ เช่น มูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย ศิริราชมูลนิธิ มูลนิธิเด็กโรคหัวใจ มูลนิธิส่งเสริมสวัสดิภาพสตรีและเยาวชน มูลนิธิเด็กโรคหัวใจ สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทย มูลนิธิเพื่อโรงพยาบาลราชานุกูล มูลนิธิส่งเสริมเด็กพิการทางสมองและปัญญา มูลนิธิโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน



ด้านศิลปวัฒนธรรม พระองค์ทรงส่งเสริมงานแสดงด้านศิลปวัฒนธรรม เช่น ดนตรีคลาสสิก ละครอุปรากร ทั้งยังทรงเป็นองค์อุปถัมภ์งานแสดงประจำปีและวงดนตรี เช่น วงดุริยางค์เยาวชนไทย วงซิมโฟนีออร์เคสตราแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ “มูลนิธินาฏยศาลา หุ่นละครเล็กฯ”



WHO มอบรางวัลระดับโลกให้ 2 แพทย์ไทย “นพ. ประกิต – นพ. ไพศาล”

ในการประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก สมัยที่ 150 เมื่อวันที่ 29 มกราคม 2565 ประเทศไทยได้เสนอชื่อบุคลากรสาธารณสุขไทยเพื่อเข้ารับการพิจารณารางวัลระดับโลก 2 คน ได้แก่

ศ.นพ. ประกิต วาทีสารกกิจ ประธานมูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่
ในรางวัล Dr LEE Jong-wook Memorial Prize for Public Health

นพ. ไพศาล ร่วมวิบูลย์สุข นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ ด้านเวชกรรม สาขาจักษุ-
วิทยา โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ ในรางวัล Sasakawa Health Prize

โดย รางวัล Dr LEE Jong-wook Memorial Prize for Public Health ก่อตั้งขึ้นในปี 2551 มอบให้กับบุคคล สถาบัน และองค์กรภาครัฐหรือเอกชนที่มีคุณูปการด้านสาธารณสุขอย่างโดดเด่น ส่วนรางวัล Sasakawa Health Prize ก่อตั้งขึ้นในปี 2527 มอบให้กับบุคคล หรือสถาบัน หรือองค์กรพัฒนาเอกชน หรือองค์กรที่ประสบความสำเร็จในการทำงานด้านนวัตกรรมที่โดดเด่นในการพัฒนาบริการปฐมภูมิ

เป็นที่น่ายินดีว่า ที่ประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลกได้พิจารณาและประกาศรับรองให้ทั้ง 2 ท่านได้รับรางวัลดังกล่าว เนื่องจาก ศ.นพ. ประกิตฯ เป็นผู้ที่มิใช่บุคลากรโดดเด่นต่อวงการสาธารณสุข ได้ผันตัวเองมาทำงานในภาคประชาสังคมในการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ขณะที่ นพ. ไพศาลฯ เป็นจักษุแพทย์เชี่ยวชาญด้านการรักษาโรคจอประสาทตาที่มุงมั่นแก้ไขปัญหาตาบอดในประเทศไทย โดยเฉพาะภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาซึ่งเคยเป็นสาเหตุที่ทำให้ตาบอดสูงเป็นลำดับที่ 2 ของประเทศ¹

ทั้งนี้ ศ.นพ. ประกิตฯ ดำรงตำแหน่งเลขาธิการมูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ตั้งแต่ปี 2529 และเป็นสมาชิกของคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบแห่งชาติของประเทศไทย และเป็นอดีตคณบดี คณะแพทยศาสตร์ รพ. รามาธิบดี ตลอดชีวิตของท่าน ได้อุทิศชีวิตการทำงานเพื่อควบคุมยาสูบ ถือเป็นผู้นำบุกเบิก ทำงานร่วมกับหลายภาคส่วน พัฒนาและเพิ่มขีดความสามารถของเครือข่ายเพื่อวางมาตรการควบคุมยาสูบที่มีประสิทธิผล อาทิ เครือข่ายครูเพื่อโรงเรียนปลอดบุหรี่ เครือข่ายผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพเพื่อการควบคุมยาสูบ ทำให้ลดความชุกของโรคปอดและโรคอื่น ๆ ที่มาจากการบริโภคยาสูบ ท่านมีบทบาทสำคัญในการผลักดันการขึ้นภาษียาสูบ การควบคุมการโฆษณา การจัดสถานที่ให้สูบบุหรี่ รวมทั้งการเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เช่น พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 และ พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 นอกจากนี้ท่านยังเป็นที่ปรึกษาทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติในบริบทของกรอบอนุสัญญาการควบคุมการบริโภคยาสูบขององค์การอนามัยโลกด้วย²

ส่วน นพ. ไพศาลฯ เป็นจักษุแพทย์เชี่ยวชาญด้านการรักษาโรคจอประสาทตาที่มุงมั่นแก้ไขปัญหาตาบอดในประเทศไทย โดยเฉพาะภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาซึ่งเคยเป็นสาเหตุลำดับที่ 2 ที่ทำให้คนไทยตาบอด โดยพัฒนาวิธีการคัดกรองด้วยการใช้ภาพถ่ายจอประสาทตา และริเริ่มโครงการฝึกอบรมบุคลากรที่ไม่ใช่



ที่มา : (ซ้าย) commons.wikimedia.org/wiki/File:หมอประกิต.jpg, (ขวา) thaigov.go.th/news/contents/details/51489

จักษุแพทย์ให้สามารถคัดกรองผู้ป่วยโรคจอประสาทตาได้ โดยเฉพาะพื้นที่ห่างไกลที่ขาดแคลนจักษุแพทย์ จนนำไปสู่นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการตรวจคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานเข้าจอประสาทตาทั่วประเทศโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ยังเพิ่มการเข้าถึงยารักษาเบาหวานเข้าจอประสาทตา ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยลดลงอย่างมาก

อนึ่ง รางวัลจากองค์การอนามัยโลกในปี 2565 มี 6 รางวัล ได้แก่ **[1]** รางวัลมูลนิธิสุขภาพครอบครัว อิห์ซาน โดรามัจจิ (Ihsan Doğramacı) มอบให้กับ ศ. เมห์เม็ต ฮาเบอร์ลี จากประเทศตุรกี **[2]** รางวัลซาซากาวาแห่งสหประชาชาติเพื่อการสาธารณสุข มอบให้นพ. ไพศาลฯ **[3]** รางวัลมูลนิธิสุขภาพสหรัฐอเมริกา รับ เอมี เรตส์ มอบให้กับ ศูนย์มาลาเรียแห่งชาติของกระทรวงสาธารณสุข ประเทศนิการากัว **[4]** รางวัลซิค ซาบา อัล-อาเหม็ด อัล-ซาบาร์ท เพื่อการวิจัยงานสาธารณสุขเพื่อการดูแลผู้สูงอายุและการส่งเสริมสุขภาพ มอบให้กับ ดร. ฮานาดี คลามิส มูบารัค อัล ฮาเหม็ด จากประเทศกาตาร์ **[5]** รางวัล Dr. LEE Jong-wook Memorial Prize for Public Health มอบให้กับ ศ.นพ. ประกิตฯ และ ศูนย์การรักษาโรคภาวะอุณหภูมิต่ำอย่างรุนแรง ประเทศโปแลนด์ และ **[6]** รางวัลเนลสัน แมนเดลา เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ มอบให้กับ ดร. หู่จุนโหย่ว จากสาธารณรัฐประชาชนจีน³

โรงพยาบาลศิริราช คว้ารางวัลสูงสุด Thailand Lean Award 2022



นายจุลพงษ์ ทวีศรี รองปลัดกระทรวงอุตสาหกรรม และผู้แทนองค์กรที่ได้รับรางวัล Thailand Lean Award 2022 ถ่ายภาพร่วมกันบนเวที

ที่มา : thaigov.go.th/news/contents/ministry_details/56340

เมื่อวันที่ 29 มิถุนายน 2565 โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้รับรางวัล Thailand Lean Award ระดับ Diamond และ Popular Vote Award ในการประกาศรางวัล Thailand Lean Award ที่จัดขึ้นโดย สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น) หรือ ส.ส.ท. ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค บางนา กรุงเทพฯ โดย รพ.ศิริราช ได้นำแนวคิด Lean มาประยุกต์ใช้ตั้งแต่ปี 2551 ผสมผสานกับการใช้เทคโนโลยี เพื่อการแปรเปลี่ยนความสูญเปล่า (waste) ให้เป็นคุณค่า (value) ในมุมมองของผู้รับบริการในด้านการเข้าถึงบริการได้สะดวก ลดการเดินทางโดยไม่จำเป็น ลดการรอคอยผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ลดความแออัดบริเวณหน้าห้องตรวจ การจัดการ inventory การให้บริการการรักษาที่ถูกต้องและรวดเร็ว เพิ่มความสะดวกในการรับใบนัดและรับยา และการเลื่อนนัดหมายนอกโรงพยาบาล ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายของ

ผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการลดลง พร้อมทั้งนำเทคโนโลยี 5G มาใช้ในการติดต่อสื่อสารและส่งผ่านข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว และแม่นยำ (telemedicine)¹

นับเป็นเวลากว่าสิบปีแล้ว ที่โรงพยาบาลศิริราช ได้ดำเนินการตามแนวคิด Lean มาใช้ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้บริการที่เพิ่มมากขึ้น โดยในปีงบประมาณ 2564 โรงพยาบาลศิริราชได้บริการ

ผู้ป่วยนอก 2,528,408 คน

ผู้ป่วยใน 70,476 คน²

โรงพยาบาลศิริราชมุ่งสู่การเป็น Smart Hospital โดยการใช้เทคโนโลยี ดิจิทัล และ ปัญญาประดิษฐ์ ในการประมวลผลข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลผู้มารับบริการ ระบบอินเทอร์เน็ตที่สามารถเชื่อมต่อการทำงานของทุกส่วน และใช้ระบบอัตโนมัติที่สามารถนำมาใช้รับส่งยาและเวชภัณฑ์ต่างๆ ให้รวดเร็ว และลดการทำงานของบุคลากร ซึ่ง

นับเป็นโรงพยาบาลต้นแบบในการนำแนวคิด Lean มาประยุกต์ใช้ในภาคการบริการด้านสุขภาพ ที่สามารถนำไปขยายผลสู่โรงพยาบาลอื่น ๆ ต่อไปได้

อนึ่ง รางวัล Thailand Lean Award เป็นรางวัลที่มอบให้แก่องค์กรที่ประสบความสำเร็จในการประยุกต์ใช้แนวทางการจัดการแบบ Lean เพื่อลดความสูญเปล่าทั่วทั้งองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิภาพ รวมถึงเป็นการส่งเสริมให้ตระหนักถึงความสำคัญของการขจัดความสูญเปล่า สร้างนวัตกรรมในการบริหารจัดการที่มีผลต่อการยกระดับขีดความสามารถในการแข่งขัน และยกระดับผลผลิตภาพของผลิตภัณฑ์ทั้งภาคการผลิตและบริการของอุตสาหกรรมไทย โดยในปี 2565 ผู้ที่ได้รับรางวัล Diamond Award ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช ส่วนผู้ที่ได้รับรางวัล Silver Award ได้แก่ บริษัท ซีพีแรม จำกัด (โรงงานลาดกระบัง) และผู้ที่ได้รับรางวัล Bronze Award ได้แก่ บริษัท สุราษฎร์ธานี เบเวอเรจ จำกัด³

ยูเนสโกยกย่อง พระยาศรีสุนทรโวหาร



ภาพและรูปปั้นพระยาศรีสุนทร
โวหาร ณ หอเชิดชูเกียรติพระยา
ศรีสุนทรโวหารฯ พิพิธภัณฑ์เมือง
ฉะเชิงเทรา

ที่มา : region2.prd.go.th/th/
content/category/detail/
id/1169/iiid/101561

ยูเนสโกได้ประกาศรับรองให้ พระยาศรีสุนทรโวหาร (น้อย อาจารยางกูร) เป็นบุคคลดีเด่นด้านการศึกษาและวัฒนธรรม ประจำปี 2565 และกำหนดให้ปี 2565 เป็นปีแห่งการเฉลิมฉลอง เนื่องในโอกาส 200 ปีชาตกาล พระยาศรีสุนทรโวหารอีกด้วย โดยที่ประชุมสมัยสามัญขององค์การยูเนสโกครั้งที่ 41 ซึ่งจัดขึ้นที่ สำนักงานใหญ่องค์การยูเนสโก กรุงปารีส ประเทศฝรั่งเศส ระหว่าง วันที่ 9-24 พฤศจิกายน 2564 ได้มีมติรับรองการร่วมเฉลิมฉลอง บุคคลสำคัญและเหตุการณ์สำคัญทางประวัติศาสตร์ของโลกในปี 2565-2566 จำนวน 67 รายการ รวมถึงการเฉลิมฉลองวันครบรอบ 200 ปี ชาตกาล ของพระยาศรีสุนทรโวหาร โดยท่านเป็นผู้ส่งเสริมการรู้หนังสือ โดยเป็นผู้นิพนธ์หนังสือแบบเรียนภาษาไทย เป็นแบบเรียนหลวง ชุดแรกที่ใช้เป็นแบบหัดอ่านเบื้องต้นของนักเรียน และยังนิพนธ์หนังสือ เสริมอื่น ๆ อีก 12 เล่ม และได้ประพันธ์คำนำมัสการคุณานุคุณ เช่น บทสวดสรรเสริญพระพุทธรูป นอกจากนี้ ยังมีนิพนธ์ประเภทวรรณคดี เช่น โคลงประกอบภาพเรื่องรามเกียรติ์ วัดพระศรีรัตนศาสดาราม และคำฉันท์กล่อมช้าง 8 บท เป็นต้น

พระยาศรีสุนทรโวหาร ญาณปริชามาตย์ บรมนารถนิตยภักดี พริยพาหะ เดิมชื่อน้อย เป็นชาวจังหวัดฉะเชิงเทรา เกิดเมื่อวันศุกร์ที่ 5 กรกฎาคม พ.ศ. 2365 ที่บ้านคลองโสธร ต่อมาได้รับพระราชทาน นามสกุลจากพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัวในลำดับที่ 1457 ว่า “อาจารย์ยางกูร” เมื่อ พ.ศ. 2457 ท่านถึงแก่อนิจกรรมเมื่อวันที่ 16 ตุลาคม พ.ศ. 2434 รวมสิริอายุ 69 ปี ท่านเป็นนักปราชญ์ทางภาษา และหนังสือ เป็นเจ้ากรมอาลักษณ์ เป็นองคมนตรีที่ปรึกษาราชการ แผ่นดิน เป็น “อาจารย์ใหญ่” คนแรกของโรงเรียนหลวง และครูสอน หนังสือไทย เป็นพระอาจารย์ถวายอักษรพระบรมวงศานุวงศ์ในราชวงศ์ จักรีหลายพระองค์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมเด็จพระบรมโอรสาธิราช เจ้าฟ้ามหาวชิรุณหิศ สยามมกุฎราชกุมาร สมเด็จพระบรมโอรสาธิราช เจ้าฟ้ามหาวชิราวุธ สยามมกุฎราชกุมาร สมเด็จพระเจ้าลูกยาเธอ เจ้าฟ้า และพระเจ้าลูกยาเธอพระองค์เจ้าอีกหลายพระองค์

พระยาศรีสุนทรโวหารได้นิพนธ์วรรณกรรมทั้งร้อยแก้ว โคลง ฉันท์ กาพย์กลอน ลิลิต ซึ่งล้ำค่าไว้เป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะตำรา เกี่ยวกับภาษาไทย ที่สำคัญคือ แบบเรียนหลวง 6 เล่ม ได้แก่

มูลบทบรรพกิจ

อักษรประโยค

โวพจน์พิจารณ

วาหนิตินิกร

สังโยคพิธาน

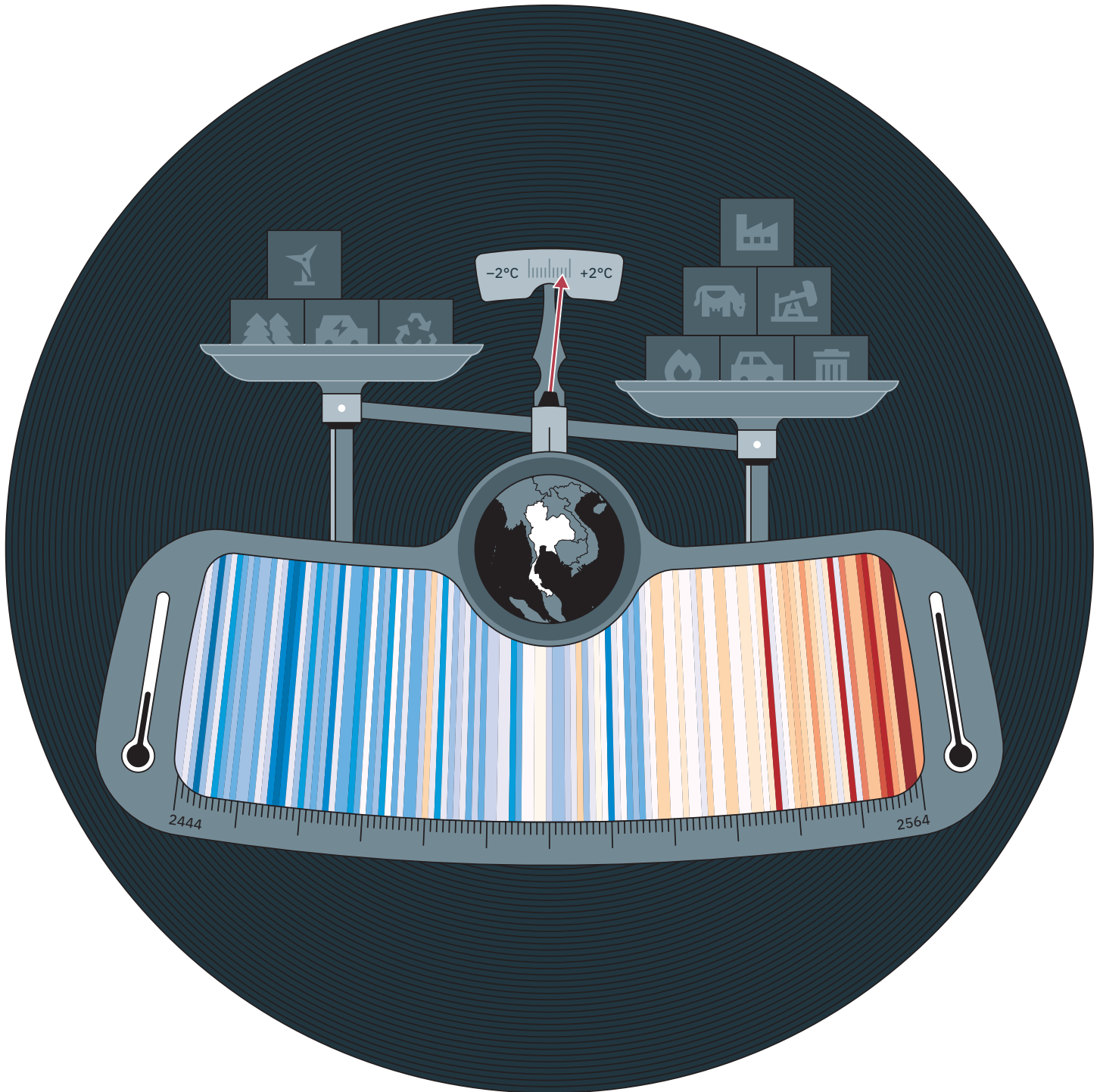
พิศาลการ์ณต์

และหนังสือแบบเรียนภาษาไทยอื่น ๆ อีก 12 เล่ม อีกทั้งมีผลงานด้าน หนังสือประเภท สุภาษิต วรรณคดี คำฉันท์ ลิลิต บทเสภา หนังสือ

ด้านศาสนา และผลงานเบ็ดเตล็ด รวม 15 เรื่อง เป็นผู้ประพันธ์เนื้อร้องเพลงสรรเสริญพระบารมี เนื้อเพลงแรก ผลงานของท่านเป็นมรดกตกทอดมาถึง อนุชนรุ่นหลัง โดยท่านได้รับยกย่องว่าเป็น “ศาลฎีกาใน เรื่องหนังสือไทย” อีกด้วย¹

เพื่อเป็นการเฉลิมฉลองวันครบรอบ 200 ปี ชาตกาล ของพระยาศรีสุนทรโวหาร หลายองค์กร ได้ร่วมกันจัดกิจกรรมต่าง ๆ จังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งเป็นจังหวัดเกิดของท่านได้เชิญประชาชน เข้าเยี่ยมชมประวัติและผลงาน ในหัวข้อ “ปราชญ์ภาษาไทยของแผ่นดิน” ทุกวันพุธ-อาทิตย์ ณ หอเชิดชูเกียรติ “พระยาศรีสุนทรโวหาร (น้อย อาจารยางกูร)” พิพิธภัณฑ์ เมืองฉะเชิงเทรา รวมไปถึงกำหนดจัดกิจกรรมและ ประชาสัมพันธ์การเฉลิมฉลอง วันที่ 5 กรกฎาคม 2565 ณ บริเวณอนุสาวรีย์พระยาศรีสุนทรโวหาร² โดยจังหวัดฉะเชิงเทราได้สร้างอนุสาวรีย์ของท่านขึ้น โดยดัดแปลงปรับปรุงจากเรือนรับรองฉะเชิงเทราเดิม ทางด้านสมาคมนิสิตเก่าจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ฉะเชิงเทรา ได้ประสานให้ห้องสมุดทั่วประเทศ จัด มุม/นิทรรศการ ประกาศเกียรติคุณและเชิดชูเกียรติ พระยาศรีสุนทรโวหาร โดยได้รวบรวมข้อมูล ประวัติ และผลงานของท่านไว้ที่พิพิธภัณฑ์เมืองฉะเชิงเทรา หอเชิดชูเกียรติ “พระยาศรีสุนทรโวหาร (น้อย อาจารย์ยางกูร)” และเว็บไซต์ **พระยาศรีสุนทรโวหาร น้อยอาจารย์ยางกูร.com** ซึ่งผู้ที่เข้าไปศึกษา จะได้รับรู้ ถึงประวัติและผลงานเด่นที่เป็นที่ประจักษ์³ นอกจากนี้ บริษัทไปรษณีย์ไทย ยังได้จัดทำดวงตราไปรษณียากร ที่ระลึก 200 ปี พระยาศรีสุนทรโวหาร ทั้งหมด 500,000 ดวง โดยมอบให้จังหวัดฉะเชิงเทรา 200,000 ดวง เพื่อจำหน่ายในงานเฉลิมฉลองวันครบรอบ 200 ปี ชาตกาลของพระยาศรีสุนทรโวหาร ส่วนที่เหลือจำหน่าย ณ ที่ทำการไปรษณีย์ทุกแห่งด้วย

เรื่องพิเศษประจำฉบับ



คำสัญญาของไทยใน**คอป** (COP: Conference of Parties)
กับการรับมือ**โลกรวน**

คำสัญญาของไทยใน **คอป** (COP: Conference of Parties) กับการรับมือ **โลกรวน**

“คอป” (COP) เวทีที่ฝากความหวัง พึ่งงาเรือหลบภูเขาน้ำแข็ง

ภาวะ “โลกรวน” ซึ่งหมายถึงสภาวะที่อุณหภูมิของโลกสูงขึ้น ทำให้ผืนดิน ผืนน้ำ ห่วงมหาสมุทร ตลอดจนจวนลมฟ้าอากาศ และฤดูกาลที่ผู้คนเคยเข้าใจและรู้จัก แปรเปลี่ยนและรวนไป

ชะตากรรมความ “รวน” ของภูมิอากาศที่คนทั่วโลกกำลังเผชิญ และพยายามเบี่ยงหลบความหายนะขนาดมหึมาที่กำลังปรากฏอยู่เบื้องหน้า อาจไม่ต่างไปจากภาพมหานาวาอย่าง “ไททานิค” ที่ค่อย ๆ แล่นและพยายามเอี้ยวหลบภูเขาน้ำแข็งที่ตั้งตระหง่านขวางหน้า

แม้จะหมุนพึ่งงาเรือให้รอดเร็วอย่างไรก็ไม่อาจหลบพ้นวิบัติภัยได้ฉับพลันอย่างใจนึก เพราะความอืดจากขนาดของปัญหาที่สั่งสมมานานและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนทั้งโลก ไม่สามารถทำได้อย่างรวดเร็วแบบหักพงมาลัยของรถสปอร์ต

การประชุมรัฐภาคีสมาชิก (Conference of Parties : COP) ซึ่งเป็นการประชุมอนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (United Nations Framework Convention on Climate Change : UNFCCC) ที่ขณะนี้ทำหน้าที่กำกับ และขับเคลื่อนมาตรการต่าง ๆ รวมทั้งการทำงานร่วมกันของภาคีทั่วโลก ก็กำลังอยู่ในบทบาทของพึ่งงามหานาวาโลกอันนั้น ที่แม้จะหมุนให้เร็วสุดกำลังอย่างไรก็หวังได้เพียงแค่ให้ความหายนะเกิดน้อยที่สุด

ที่มา : showyourstripes.info/s/asia/thailand



ภาพแสดงความต่างระหว่างอุณหภูมิเฉลี่ยของประเทศไทยในแต่ละปี ตั้งแต่ ค.ศ. 1901-2021 (เรียงจากซ้ายไปขวา) เทียบกับอุณหภูมิเฉลี่ยตลอด 121 ปี **สีฟ้า** แสดงถึงการที่อุณหภูมิเฉลี่ยของปี ต่ำกว่าอุณหภูมิเฉลี่ย 121 ปี **สีแดง** แสดงถึงการที่อุณหภูมิเฉลี่ยของปี สูงกว่าอุณหภูมิเฉลี่ย 121 ปี ยิ่งสีเข้มมากยิ่งต่างมาก

คอป เป็น เวที ที่ เกิด จาก การ ขับ เคลื่อน ด้านสิ่งแวดล้อม และการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศระดับโลกที่ดำเนินต่อเนื่องมาอย่างยาวนาน ซึ่งหากนับ ตั้งแต่ การประชุม สหประชาชาติว่าด้วยวิทยาศาสตร์ (United Nations Scientific Conference) ด้านการอนุรักษ์และการใช้ทรัพยากรครั้งแรกในพ.ศ. 2492 ถึงปัจจุบันก็เป็นเวลากว่า 70 ปี การประชุมครั้งล่าสุดเป็นการประชุมครั้งที่ 27 (COP 27) จัดขึ้นที่เมืองชาร์มเอลชีค ประเทศอียิปต์ ระหว่างวันที่ 6-18 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 มีผู้นำจาก 92 ประเทศผู้แทนจากกว่า 190 ประเทศ และมีผู้เข้าร่วมการประชุมกว่า 35,000 คน

ย้อนกลับไปถึงการประชุม คอป 21 เมื่อ พ.ศ. 2558 (ค.ศ. 2015) ที่ผู้นำภาคีสมาชิกทั้ง 196 ประเทศร่วมกันลงนามใน “ความตกลงปารีส” (Paris Agreement) ตั้งเป้าหมายร่วมกันในการพยายามจำกัดอุณหภูมิเฉลี่ยของโลกไม่ให้เพิ่มขึ้น 2 องศาเซลเซียสภายใน พ.ศ. 2643 (ค.ศ. 2100) แต่เป้าหมายในอุดมคติที่ต้องการจะเห็นคือ เพิ่มขึ้นไม่เกิน 1.5 องศาเซลเซียส **และกำหนดไว้ว่าในเวที คอป 26 ซึ่งประชุมไปเมื่อวันที่ 31 ตุลาคม ถึง 12 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 (ค.ศ. 2021) ประเทศต่างๆ จะต้องเสนอแผนปฏิบัติการของตัวเอง เพื่อบอกว่าจะทำอย่างไรให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ คอป 26 จึงถือเป็นครั้งแรกที่มีการทบทวนแผนการทำงานของแต่ละประเทศ** ทำให้การประชุมมีน้ำหนักในการสร้างแรงผลักดันต่อแผนการฟื้นฟูสภาพภูมิอากาศโลกเป็นอย่างมาก

นอกจากนี้ ในที่ประชุม คอป 26 ได้กระตุ้นให้ทั่วโลกเห็นว่าหาก “ไม่ทำอะไรเลย” โลกอาจจะถึงขั้นรับมือกับภาวะวิกฤตทางสภาพอากาศไม่ไหว โดยจากรายงานสภาพอากาศของคณะกรรมการระหว่างรัฐบาลว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Intergovernmental Panel on Climate Change : IPCC) ที่เผยแพร่เมื่อเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2564 **ระบุว่าอุณหภูมิโลกสูงขึ้นอย่างรวดเร็วกว่าที่คาดไว้ มนุษย์จึงแทบไม่เหลือเวลาที่จะป้องกันตัวเองจากหายนะที่จะเกิดขึ้นอีกแล้ว** จึงทำให้เกิดการตื่นตัวของทั่วโลกในการหันมาตั้งเป้าหมายที่ชัดเจนเพื่อแก้ปัญหา

ประเทศต่างๆ ได้แถลงคำมั่นสัญญาเกี่ยวกับความมุ่งมั่นในการแก้ปัญหาสิ่งแวดล้อม อาทิ สหรัฐอเมริกาแถลงว่าภายใน พ.ศ. 2573 (ค.ศ. 2030) หรือในอีก 8 ปีข้างหน้าจะลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกให้ได้ร้อยละ 50-52 และจะ



ที่มา : climate.onep.go.th/wa-o-Usะยทุธ-ให้คำบ้นun

พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา ทักทายกับ António Guterres เลขาธิการสหประชาชาติ ณ การประชุม COP26

ปล่อยก๊าซเรือนกระจกเป็นศูนย์ (Net Zero) ให้ได้ภายในพ.ศ. 2593 (ค.ศ. 2050) หรืออีกเกือบ 30 ปีข้างหน้า ซึ่งคาดว่าจะต้องใช้งบประมาณสูงถึง 550,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐ¹ ส่วนอินเดีย ซึ่งเป็นประเทศที่ปล่อยก๊าซคาร์บอนสู่บรรยากาศมาเป็นอันดับ 3 ของโลกรองจากจีน และสหรัฐอเมริกา ก็ออกมาประกาศเป็นครั้งแรกว่าจะลดการปล่อยก๊าซคาร์บอนให้เป็นศูนย์ใน พ.ศ. 2613 (ค.ศ. 2070) โดยในพ.ศ. 2573 (ค.ศ. 2030) จะเปลี่ยนมาผลิตพลังงานสะอาดให้ได้ร้อยละ 50 ของประเทศ และลดการปล่อยคาร์บอนให้ได้อย่างน้อย 1,000 ล้านตันคาร์บอนเทียบเท่า (Mt-CO₂-eq)² สำหรับประเทศไทย ก็ได้ประกาศเจตนารมณ์ในการประชุมคอป 26 ว่าพร้อมที่จะยกระดับการแก้ไขปัญหาภูมิอากาศ เพื่อบรรลุเป้าหมายความเป็นกลางทางคาร์บอน (carbon neutrality) ภายใน พ.ศ. 2593 (ค.ศ. 2050) บรรลุเป้าหมายการปล่อยก๊าซเรือนกระจกเป็นศูนย์ภายใน พ.ศ. 2608 (ค.ศ. 2065) และจะยกระดับเป้าหมายการมีส่วนร่วมของประเทศ (nationally determined contributions : NDC) ในการลดปริมาณก๊าซเรือนกระจกระหว่างพ.ศ. 2564-2573 จากเดิมร้อยละ 20-25 ให้เป็นร้อยละ 40 ให้ได้ นอกจากนี้ ไทยยังมีแนวคิดการพัฒนาเศรษฐกิจชีวภาพ เศรษฐกิจหมุนเวียน และเศรษฐกิจสีเขียว หรือ (Bio-Circular-Green Economy : BCG) เพื่อให้การดำเนินเศรษฐกิจไม่ทำลายระบบนิเวศอีกด้วย³

อย่างไรก็ดี การให้คำมั่นสัญญาในเวทีคอป เป็นความสมัครใจและการกำกับดูแลของแต่ละประเทศ ไม่ได้มีกระบวนการติดตามหรือลงโทษต่อประเทศที่ไม่ทำตามสัญญา การจะบรรลุเป้าหมายหรือไม่นั้นจึงขึ้นอยู่กับความจริงจังของนโยบาย การปฏิบัติและการมีส่วนร่วมของประเทศนั้น ๆ เมื่อสิ้นสุดการประชุมคอปแต่ละครั้ง โลกก็คงต้องรอดด้วยความหวังจากความจริงจังและความจริงจังในการทำตามสัญญาของนานาประเทศ รวมทั้งของไทยด้วย

เป้าหมายที่ไทยให้ไว้ในการประชุมคอป เป็นทั้งความท้าทายและแรงกดดันต่อทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคประชาชน เพราะหากไม่ร่วมกันดำเนินการอย่างมียุทธศาสตร์ และเอาจริงเอาจัง ก็คงจะยากแม้แต่จะเฉียดเป้าหมาย

เรื่องพิเศษประจำฉบับ 2566 นี้ จึงนำเสนอสภาพความ “รวน” ของโลก และของประเทศไทยในปัจจุบัน ความเป็นมาของเป้าหมายการช่วยกันลดอุณหภูมิของโลกและมาตรการต่าง ๆ รวมทั้งแผนการ และการขับเคลื่อนของภาคส่วนต่าง ๆ ในประเทศไทย เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายทั้งความเป็นกลางทางคาร์บอน และการปล่อยก๊าซเรือนกระจกให้เป็นศูนย์

ถึงจุดที่โลกรับไม่ไหว : มหาวิบัติจากความเสื่อมถอยของสิ่งแวดล้อม

เมื่อวันที่ 4 เมษายน พ.ศ. 2565 คณะกรรมการระหว่างรัฐบาลว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ (Intergovernmental Panel on Climate Change : IPCC) ได้เผยแพร่รายงานฉบับที่ 6 (Assessment Report 6 : AR6) ส่วนที่ 3 ซึ่งรวบรวมข้อมูลและสังเคราะห์งานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ล่าสุดของการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศโลก

เอกสารฉบับสมบูรณ์ความยาว 3,675 หน้า ยืนยันอย่างไร้ข้อโต้แย้งว่า**การเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศที่โลกกำลังเผชิญนี้เกิดจากฝีมือมนุษย์ (Anthropogenic climate change)** และยังคงส่งสัญญาณแรงให้ทุกฝ่ายได้รับทราบว่า ขณะนี้โลกกำลังเข้าใกล้จุดวิกฤตที่ **ทุกอย่างสายไปเสียแล้ว** และอาจจะ**ไม่สามารถกอบกู้หรือพลิกฟื้นสถานการณ์อะไรให้ดีขึ้นได้ แม้จะสามารถควบคุมการเพิ่มอุณหภูมิโลกไม่ให้สูงขึ้นเกินกว่า 1.5°C ใน พ.ศ. 2583 (ค.ศ. 2040)** ตามที่ประชาคมโลกร่วมกันให้คำมั่นสัญญาในการประชุมคอป 26 เมื่อเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2564 ก็ตาม

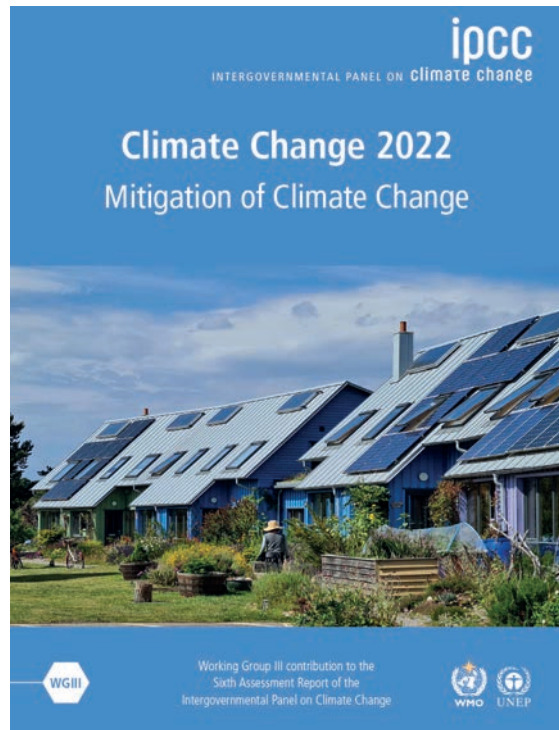
แม้กระนั้นความพยายามต่าง ๆ เพื่อรักษาและฟื้นฟูสภาพแวดล้อมก็ต้องเดินหน้าอย่างเต็มกำลังเพื่อให้เกิดความเสียหายน้อยที่สุด และได้แต่หวังว่าเมื่อโลกเข้าสู่ พ.ศ. 2643 (ค.ศ. 2100) หรืออีกเกือบ 80 ปีข้างหน้าอุณหภูมิโลกจะเพิ่มไม่เกิน 1.5°C

ความเสื่อมโทรมบนผืนดิน

นับตั้งแต่ได้มีการรายงานในครั้งแรกเมื่อ พ.ศ. 2533 (ค.ศ. 1990) จนถึงการรายงานครั้งที่ 5 เมื่อ พ.ศ. 2564 (ค.ศ. 2021) IPCC ได้รวบรวมและศึกษาสิ่งมีชีวิตบนพื้นดินกว่า 12,000 สายพันธุ์ และในรายงานฉบับที่ 6 นี้ได้ศึกษาเพิ่มเติมอีกกว่า 4,000 สายพันธุ์ พบว่าสิ่งมีชีวิตเหล่านี้มีการปรับตัวและเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะต่าง ๆ อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศ

โดยที่เกินกว่าครึ่งของสายพันธุ์ที่อยู่ในการศึกษามีการย้ายถิ่นขึ้นไปสู่ที่สูงและ 2 ใน 3 ของพืชมีชีวิตรูปแบบ (phenology หมายถึงการเปลี่ยนแปลงตามฤดูกาล) ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ไม่ว่าจะเป็นการแตกตา (budburst) การแตกใบ (leaf-out) และการแตกดอก (flowering) ที่เกิดขึ้นก่อนเวลาปกติ นอกจากนี้ยังพบว่าองค์ประกอบในระบบนิเวศโดยเฉพาะในบริเวณพื้นที่สูงตอนเหนือ (northern latitudes) แตกต่างไปจากเดิม และมีจำนวนชนิดพันธุ์ต่างถิ่นรุกราน (invasive species) เพิ่มมากขึ้น

ในการติดตามสัตว์และพืช 976 สายพันธุ์ พบว่าร้อยละ 47 สูญพันธุ์ไปแล้ว โดยมีสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับอุณหภูมิที่สูงขึ้น ซึ่งการสูญพันธุ์เหล่านี้เป็นสิ่งมีชีวิต



ที่มา : [ipcc.ch/report/ar6/wg3](https://www.ipcc.ch/report/ar6/wg3)

รายงานฉบับที่ 6 (Assessment Report 6 : AR6) ส่วนที่ 3 โดยคณะกรรมการระหว่างรัฐบาลว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ (Intergovernmental Panel on Climate Change : IPCC)

ในเขตร้อนร้อยละ 55 ในเขตอบอุ่น ร้อยละ 39 ในแหล่งน้ำจืดร้อยละ 74 ในทะเลร้อยละ 51 ในสัตว์ร้อยละ 50 และในพืชร้อยละ 39

ตัวอย่างเช่น กบ Golden Toad ใน คอสตาริกา (Costa Rica) ซึ่งรายงานว่าได้สูญพันธุ์ไปแล้วตั้งแต่ พ.ศ. 2533 (ค.ศ. 1990) พอสซัม สายพันธุ์ Lemuroid Ringtail ในออสเตรเลีย สูญพันธุ์ไปเมื่อปี 2005 หนูหางโมเสก (Bramble Cays Melomys) สูญพันธุ์ไปเมื่อ พ.ศ. 2559 (ค.ศ. 2016) ล้วนเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสภาพภูมิอากาศ

นอกจากนี้ ยังมีรายงานเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมภายในสายพันธุ์ออกมาอีกเรื่อย ๆ และแม้จะเป็นการปรับเปลี่ยนเพื่อความอยู่รอด แต่รายงานส่วนใหญ่ก็ให้ความเห็นว่าจะไม่รอดพ้นจากการสูญพันธุ์ หากพื้นที่ที่มีภูมิอากาศเหมาะสมกับสายพันธุ์เหล่านั้น (climate space) หดสิ้นไป และเกินขีดความสามารถในการปรับตัวเพื่อความอยู่รอด

ข้อมูลระหว่าง พ.ศ. 2527–2560 (ค.ศ. 1984–2017) ระบุว่าในภูมิภาคตะวันตกของสหรัฐอเมริกา โดยเฉลี่ยแล้วไฟป่าที่เกิดจากน้ำมีมนุษย์สูงเป็น 2 เท่าของไฟป่าที่เกิดเองตามธรรมชาติ และในบางปีอาจสูงถึง 11 เท่า ซึ่งไฟป่าที่เกิดขึ้นในที่ต่าง ๆ ทั่วโลกทำให้เกิดก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในระบบนิเวศโลกถึง 1 ใน 3 และทำให้คุณภาพของพื้นที่เกษตรกรรมลดลง เสียหายต่อความหลากหลายทางชีวภาพ และทำลายแหล่งน้ำธรรมชาติ

นอกจากนี้ อุณหภูมิที่สูงขึ้นยังเป็นเหตุของการเกิดโรคระบาดที่บ่อยขึ้น เกิดพาหะนำโรค (vector) ใหม่ ๆ ทำให้โอกาสที่โรคจะแพร่ระบาดเข้าไปในพื้นที่ที่โรคนั้น ๆ ไม่เคยแพร่ระบาดมาก่อนได้มากขึ้น ตัวอย่างเช่น เมื่อวันที่ 19 พฤษภาคม พ.ศ. 2565 องค์การอนามัยโลก⁴ และสื่อหลายแขนงได้ออกมาเตือนภัยเกี่ยวกับ **การระบาดของโรคฝีดาษลิง (monkeypox) ซึ่งเกิดจากไวรัสที่แพร่จากสัตว์สู่คน (zoonotic disease) เป็นโรคที่มีถิ่นกำเนิดและระบาดอยู่ในทวีปแอฟริกา ตอนกลาง และตอนใต้ รวมทั้งป่าเขตร้อน แต่ล่าสุดพบว่ามีกรณีติดเชื้อในอังกฤษ สเปน โปรตุเกส สวีเดน แคนาดา สหรัฐอเมริกา และอีกหลายประเทศ**



ที่มา : commons.wikimedia.org/wiki/File:Bufo_periglenes2.jpg

ชื่อวิทยาศาสตร์	<i>Bufo periglenes</i>
ชื่อสามัญ	golden toad
ประเทศ	คอสตาริกา
ค.ศ. ที่สูญพันธุ์	1990



ที่มา : inaturalist.org/photos/161115160

ชื่อวิทยาศาสตร์	<i>Hemibelideus lemuroides</i>
ชื่อสามัญ	lemuroid ringtail possum
ประเทศ	ออสเตรเลีย
ค.ศ. ที่สูญพันธุ์	2005



ที่มา : commons.wikimedia.org/wiki/File:Bramble-cay-melomys.jpg

ชื่อวิทยาศาสตร์	<i>Melomys rubicola</i>
ชื่อสามัญ	Bramble Cays melomys
ประเทศ	ออสเตรเลีย
ค.ศ. ที่สูญพันธุ์	2016

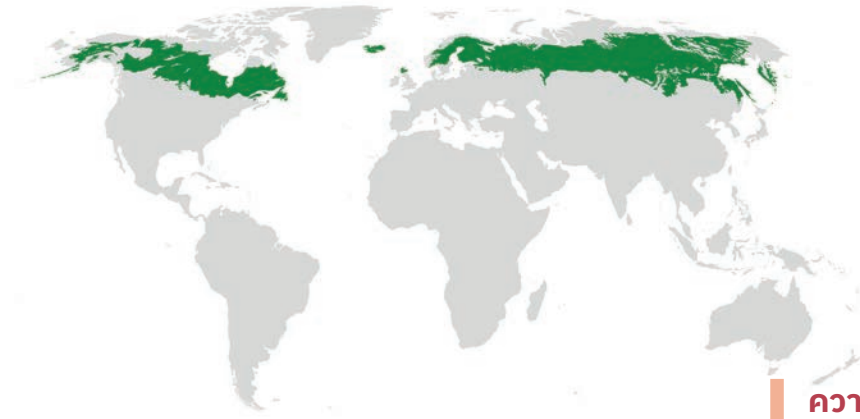
ความผันแปรของวัฏจักรน้ำ และการเปลี่ยนแปลงในแหล่งน้ำ

การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในวัฏจักรของน้ำ (hydrological cycle) ทั่วโลก ส่งผลต่อความมั่นคงทางน้ำ ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม

ปัจจุบัน ประชากรโลกกว่า **500 ล้านคน อยู่อาศัยในบริเวณที่มีปริมาณหยาดน้ำฟ้า (Precipitation) สูงกว่าที่เคยเป็นมาในอดีต และกว่า 163 ล้านคนรายงานว่าประสบกับปริมาณหยาดน้ำฟ้าต่ำกว่าที่เคยเป็นมา** นอกจากนี้ ข้อมูลยังระบุว่า มีผู้คนราว 4–7.8 พันล้านคนมีน้ำไม่พอใช้เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 เดือนต่อปี อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของอากาศ

ในรายงานสภาพความแห้งแล้งระบุว่า ระหว่าง พ.ศ. 2513–2562 (ค.ศ. 1970–2019) สภาพภูมิอากาศที่เปลี่ยนแปลงจากการกระทำของมนุษย์เป็นสาเหตุของภัยพิบัติโลกที่เกี่ยวข้องกับสภาวะความแล้ง (drought-related) ราวร้อยละ 7 และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภัยพิบัติราวร้อยละ 34 โดยเฉพาะในทวีปแอฟริกา

ในขณะที่อุณหภูมิที่สูงขึ้นทำให้ปริมาณแผ่นน้ำแข็ง (glacier) ลดลงอย่างต่อเนื่อง ทั้งจากการละลาย และการถล่ม อย่างเช่น แผ่นน้ำแข็งบนเทือกเขาหิมาลัยในประเทศอินเดียถล่มเมื่อวันที่ 7 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 ทำให้ทั้งก้อนน้ำแข็งและกระแสน้ำทะลักเข้าทำลายเขื่อนในรัฐอุตตราขันธ์ (Uttarakhand) และเกิดมวลน้ำมหาศาลท่วมบ้านเรือนประชาชน มีผู้เสียชีวิตเกือบ 200 ราย⁵



ป่าบอเรียล (boreal forest) กระจายตัวอยู่ทาง
ตอนเหนือของโลกในเขตภูมินิเวศป่าสน
(taiga ecoregion : พื้นที่สีเขียวในรูป)

ที่มา : commons.wikimedia.org/wiki/
File:Taiga_ecoregion.png โดยอาศัยข้อมูล
จาก worldwildlife.org/publications/terrestrial-
ecoregions-of-the-world

ความแปรปรวนของระบบนิเวศ มหาสมุทร (marine ecosystem)

ในช่วงระยะเวลา 20 ปีที่ผ่านมาปริมาณแผ่นน้ำแข็งลดลงไปเกินกว่า 0.5 เมตร โดยตั้งแต่พ.ศ. 2543–2562 (ค.ศ. 2000–2019) ปริมาณน้ำแข็งขั้วโลกละลายสุทธิ 267 ± 16 กิกะตันต่อปี คิดเป็นระดับน้ำทะเลที่สูงขึ้นราวร้อยละ 21 ± 3 ซึ่งการละลายของน้ำแข็งขั้วโลกมีอัตราเร่งราว 48 ± 16 กิกะตันต่อปี⁶ ทำให้ระดับน้ำทะเลสูงขึ้นราวร้อยละ 6–19 ต่อปี ทั้งยังมีหลักฐานยืนยันว่าปริมาณน้ำในแม่น้ำของพื้นที่ตอนเหนือของเส้นละติจูดเพิ่มสูงขึ้น และคาดว่าจะก่อนสิ้นศตวรรษที่ 21 นี้ ระดับน้ำทะเลจะสูงขึ้นอีกราว 30 เซนติเมตร⁷

อีกทั้งยังรายงานว่าคุณสมบัติของแม่น้ำก็เพิ่มสูงขึ้นประมาณ 1°C และในทะเลสาบสูงขึ้นประมาณ 0.45°C ซึ่งทั้งปริมาณน้ำ และอุณหภูมิที่เพิ่มสูงขึ้นนี้ทำให้แม่น้ำแปรเปลี่ยนทั้งด้านสัณฐาน (river morphology) ไม่ว่าจะเป็นเส้นทางหรือการเชื่อมต่อเปลี่ยนแปลงไป ความเข้มข้นของออกซิเจนลดลง เขตความร้อน (thermal regime) ในทะเลสาบเปลี่ยนแปลง ส่งผลต่อการผลิตขั้นปฐมภูมิ (primary productivity) ในแหล่งน้ำเพิ่มสูงขึ้น และมีรายงานว่าแหล่งน้ำจืดในป่าบอเรียล (boreal freshwater) ซึ่งเป็นป่าที่มีความอุดมสมบูรณ์มากที่สุดแห่งหนึ่งของโลก มีคุณภาพน้ำลดลง

ปริมาณฝนตกหนักในช่วงหลายปีที่ผ่านมาในยุโรปตะวันตก จีน ญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา แปรู บราซิล และออสเตรเลียทำให้เกิดน้ำท่วมหนักก็ได้รับการยืนยันว่าเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสภาพภูมิอากาศ นอกจากนี้ผลการศึกษายังยืนยันด้วยความเชื่อมั่นสูงว่าปรากฏการณ์น้ำท่วมช่วงฤดูใบไม้ผลิ (spring flood) ที่เกิดเร็วขึ้นราว 10 วันในช่วงเวลา 40–60 ปีที่ผ่านมาก็เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ซึ่งความเสียหายทางเศรษฐกิจอันเนื่องมาจากน้ำท่วมสูงถึงร้อยละ 31

นอกจากนี้ เหตุการณ์คลื่นความร้อนสูง (heat waves) ที่เกิดบ่อยขึ้น และมีความรุนแรงขึ้นจนเป็นคลื่นความร้อนสูงรุนแรง (extreme heat waves) ดังที่เกิดขึ้นในรัฐอุตตรประเทศ ของอินเดียที่ร้อนถึง 47.2°C และปากีสถานที่ร้อนถึง 49°C เมื่อเดือนเมษายนปี พ.ศ. 2565⁸ นอกจากนี้จะคุกคามความเป็นอยู่ของมนุษย์แล้ว ยังทำให้ปลาในทะเลสาบตายเป็นจำนวนมาก ความแห้งแล้งที่รุนแรงขึ้นทำให้หนองน้ำขนาดเล็ก และหนองน้ำตามฤดูกาลซึ่งเป็นแหล่งอาศัยของสิ่งมีชีวิตหลายชนิดหายไปอย่างถาวร

ระบบนิเวศมหาสมุทรและชายฝั่งมีปริมาณเป็น 2 ใน 3 ของพื้นโลก เป็นแหล่งของความหลากหลายทางชีวภาพ ช่วยสร้างสมดุลให้กับระบบภูมิอากาศโลก ด้วยการควบคุมปริมาณความร้อน ปริมาณน้ำ รวมทั้งแร่ธาตุต่าง ๆ

ด้วยทั้งความลึกและความกว้างอันมหึมานี้ ทำให้มหาสมุทรเป็นพื้นที่ดูดซับความร้อนส่วนเกินในชั้นบรรยากาศที่เกิดจากก๊าซเรือนกระจกได้มากกว่าบริเวณพื้นดิน โดยสามารถดูดซับความร้อนไปได้มากกว่าร้อยละ 90 การทำให้มหาสมุทรเย็นตัวลงต้องใช้เวลานานกว่าบริเวณพื้นดิน⁹

การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่เกิดจากมนุษย์ส่งผลกระทบต่อสภาพทั่วไปของมหาสมุทรอย่างไม่เคยปรากฏมาก่อน ทั้งทางเคมีและกายภาพ ส่งผลต่อการเปลี่ยนจังหวะเวลาของฤดูกาล การกระจายตัว และปริมาณของสิ่งมีชีวิตตั้งแต่จุลชีวิน (microbes) จนถึงสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมในทุกภูมิภาค

ในทุก ๆ 10 ปีนับตั้งแต่คริสต์ศตวรรษ 1950 สิ่งมีชีวิตในทะเลจะย้ายถิ่นขึ้นไปทิศทางขั้วโลกราว 59.2 ± 15.5 กิโลเมตร ซึ่งสิ่งมีชีวิตแต่ละชนิดของแต่ละภูมิภาคมีระยะเวลาการย้ายถิ่นที่แตกต่างกัน สิ่งที่เกิดขึ้นตามฤดูกาลต่าง ๆ ของสิ่งมีชีวิตจำพวกแพลงตอน (planktonic organisms) จะเกิดเร็วขึ้นราว 4.3 ± 1.8 ถึง 7.5 ± 1.5 วัน และสำหรับปลาจะเกิดเร็วขึ้นราว 3 ± 2.1 วัน

อุณหภูมิที่สูงขึ้น ความเป็นกรดที่มากขึ้น (acidification) และปริมาณออกซิเจนที่ลดลง (deoxygenation) ของมหาสมุทร ทำให้สรีรภาพ (physiological conditions) ของปลาทะเล และสัตว์ไม่มีกระดูกสันหลังเปลี่ยนแปลงไปและลดจำนวนลงจนส่งผลกระทบต่อสายใยอาหาร (food web) ในทะเลและมหาสมุทร

คลื่นความร้อนที่เกิดขึ้นในมหาสมุทรที่กินเวลานานหลายสัปดาห์หรือหลายเดือนทำให้สิ่งมีชีวิตและระบบนิเวศทางทะเลเผชิญกับสภาพที่เกินกว่าจะปรับตัวอยู่ร่วมได้ รายงานยืนยันว่าคลื่นความร้อนมีความถี่สูงขึ้นรุนแรงขึ้น และกินระยะเวลาเวลานานยาวนานขึ้น ทำลายสิ่งมีชีวิตและระบบนิเวศทั้งในเขตมหาสมุทรเปิด (open-ocean) ชายฝั่ง และไหล่ทวีป ไม่ว่าจะเป็นแนวปะการัง หาดหิน (rocky shore) ป่าสาหร่าย (kelp forest) หญ้าทะเล (seagrass) ป่าชายเลน (mangroves) ทำลายความหลากหลายทางชีวภาพ การประมง และการเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำ รวมทั้งการดำรงชีวิตชายฝั่ง

สถานการณ์โลกร้อนในประเทศไทย

จากรายงาน Global Climate Risk Index (CRI) 2021¹⁰ จัดทำโดย German Watch ซึ่งประมวลข้อมูลเกี่ยวกับทั้งการเสียชีวิต ความเสียหายทางเศรษฐกิจ และจำนวนภัยพิบัติที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ รวบรวมข้อมูลโดย Munich Re Nat-CatSERVICE ระหว่าง พ.ศ. 2543-2562 (ค.ศ. 2000-2019) ระบุว่า **ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีความเสี่ยงต่อการได้รับผลกระทบจากสภาพการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศสูงเป็นอันดับ 9 ของโลก** มีภัยพิบัติที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ 146 เหตุการณ์ ซึ่งดีขึ้น 1 อันดับจากปีก่อนหน้า

สิ่งที่น่าจับตามองอีกอย่างหนึ่งคือประเทศใน 10 อันดับแรกล้วนเป็นประเทศกำลังพัฒนา ในจำนวนนี้มีประเทศในแถบเอเชียใต้ 3 ประเทศคือ บังกลาเทศ (อันดับที่ 7) ปากีสถาน (อันดับที่ 8) และเนปาล (อันดับที่ 10) ทวีปอเมริกาเหนือ 3 ประเทศคือ เปรูโตริโก (อันดับ 1) เฮติ (อันดับ 3) และบาฮามาส (อันดับที่ 6) ทวีปแอฟริกา 1 ประเทศคือ โมซัมบิก (อันดับที่ 5) ส่วนประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้นอกจากประเทศไทยซึ่งอยู่อันดับที่ 9 แล้ว ยังมีอีก 2 ประเทศคือ เมียนมา (อันดับ 2) และฟิลิปปินส์ (อันดับ 4) ซึ่งจากรายงาน Climate risk and response in Asia 2020¹¹ ระบุว่า**ประเทศในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกจะเป็นด้านหน้าในการรับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ โดยกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้จะได้รับผลกระทบมากกว่าภูมิภาคอื่นใดในโลก** เนื่องจากการพึ่งพาทรัพยากรธรรมชาติและเกษตรกรรมสูง มีประชากรอาศัยหนาแน่นบริเวณชายฝั่ง การบริหาร

จัดการด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมยังขาดความเข้มแข็ง ทั้งยังมีสัดส่วนประชากรที่ยากจนค่อนข้างสูงกว่าภูมิภาคอื่น ๆ¹²

ในรายงาน **“ความผันแปรและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ พ.ศ. 2562”** ของศูนย์ภูมิภาค กองพัฒนามหาสมุทรนิวยอร์ก มหาวิทยาลัย รายงานว่าในพ.ศ. 2562 ประเทศไทยมีอุณหภูมิเฉลี่ยสูงที่สุดในรอบ 69 ปี โดยอุณหภูมิเฉลี่ยสูงกว่าค่าปกติประมาณ 1.1°C ซึ่งภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นภาคที่มีอุณหภูมิเฉลี่ยสูงกว่าค่าปกติมากกว่าภาคอื่น โดยมีอุณหภูมิสูงกว่าค่าปกติ 1.49°C และ 1.42°C ตามลำดับ รองลงมาคือภาคกลาง 1.07°C ภาคตะวันออก 1.00°C ภาคใต้ฝั่งตะวันตก 0.79°C ภาคใต้ฝั่งตะวันออก 0.66°C ตามลำดับ

แม้ผลการพยากรณ์อุณหภูมิด้วยแบบจำลองคณิตศาสตร์ Conformal Cubic Atmospheric Model (CCAM) โดยศูนย์เครือข่ายงานวิเคราะห์วิจัยและฝึกอบรมการเปลี่ยนแปลงของโลกแห่งภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Southeast Asia START Regional Center) จะรายงานว่าอุณหภูมิของประเทศไทยจะไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมากนัก แต่จำนวนวันที่อากาศเย็นในรอบปีจะลดลงอย่างเห็นได้ชัด และในทางกลับกัน จำนวนวันที่อากาศร้อนในรอบปีก็จะเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน¹³ ทำให้ฤดูร้อนยาวนานยาวนานกว่าเดิมและฤดูหนาวหดสั้นลงอย่างเห็นได้ชัด รวมทั้งความแปรปรวนระหว่างฤดูต่อฤดู หรือระหว่างปีต่อปีอาจเพิ่มสูงขึ้นด้วย¹⁴

ประเทศที่มีความเสี่ยงต่อการได้รับผลกระทบจากสภาพการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศสูงที่สุด 10 อันดับ

ลำดับคะแนน CRI		ประเทศ	คะแนน CRI
(1999-2018)	2000-2019		
(1)	1	 เปรูโตริโก	7.17
(2)	2	 เมียนมา	10.00
(3)	3	 เฮติ	13.67
(4)	4	 ฟิลิปปินส์	18.17
(14)	 5	 โมซัมบิก	25.83
(20)	 6	 บาฮามาส	27.67
(7)	7	 บังกลาเทศ	28.33
(5)	 8	 ปากีสถาน	29.00
(8)	 9	 ไทย	29.83
(9)	 10	 เนปาล	31.33

ที่มา : Global Climate Risk Index 2021

จากสถิติสภาพอากาศย้อนหลัง 6 ปีที่ผ่านมาประเทศไทยประสบสถานการณ์น้ำท่วมและน้ำแล้งสลับกันมาโดยตลอด¹⁵ นักอุตุนิยมวิทยาให้ความเห็นว่าประเทศไทยอยู่ท่ามกลางปรากฏการณ์ธรรมชาติหลายอย่างที่จะเป็นปัจจัยสำคัญให้เกิดฝนผิดปกติ โดยเฉพาะร่องมรสุมที่ทำให้เกิดฝนบริเวณกว้าง และพายุหมุนเขตร้อนที่ทำให้ฝนตกมากขึ้น

จากการติดตามอุณหภูมิมิวน้ำทะเลและระบบการหมุนเวียนบรรยากาศบริเวณตอนกลาง และด้านตะวันออกของมหาสมุทรแปซิฟิกบริเวณเขตศูนย์สูตร ช่วง พ.ศ. 2560–2564 พบว่าประเทศไทยประสบกับปรากฏการณ์เอลนีโญ (El Niño : ปรากฏการณ์ที่อุณหภูมิมิวน้ำทะเลบริเวณเส้นศูนย์สูตรในมหาสมุทรแปซิฟิกกลางและตะวันออกอุ่นขึ้นผิดปกติ) และลานีญา (La Niña : ปรากฏการณ์ที่อุณหภูมิมิวน้ำทะเลบริเวณเส้นศูนย์สูตรในมหาสมุทรแปซิฟิกกลางและตะวันออกเย็นลงผิดปกติ) สลับกัน¹⁶ และบางปีก็พบปรากฏการณ์เอลนีโญเกิดในช่วงต้นปี พอเมื่อถึงปลายปีก็พบกับปรากฏการณ์ลานีญา ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่เรียกว่า **เอลนีโญกับความผันแปรของระบบอากาศในซีกโลกใต้** (El Niño–Southern Oscillation) หรือ **ปรากฏการณ์เอนโซ** (ENSO)

ทั้งหมดนี้ทำให้สภาพภูมิอากาศ โดยเฉพาะปริมาณฝน และความแล้งของประเทศไทยเกิดความแปรปรวนส่งผลกระทบต่อทั้งการดำเนินชีวิต และเศรษฐกิจของประเทศ

เหตุการณ์น้ำท่วมใหญ่ในพ.ศ. 2554 ซึ่งเป็นเหตุการณ์น้ำท่วมครั้งใหญ่ที่สุดครั้งหนึ่งในประวัติศาสตร์ไทย มีสาเหตุมาจากการที่มีพายุเข้ามาในประเทศไทยมากกว่า 5 ลูกในปีเดียวกันในช่วงปลายฤดูฝนที่น้ำในเขื่อนส่วนใหญ่ใกล้เต็มแล้ว และผลกระทบจากปรากฏการณ์ ลานีญา ทำให้ฝนตกเร็วกว่าปกติ และมีปริมาณมากกว่าปกติ สร้างความเสียหายกว่า 24,000 ล้านบาท อันเนื่องมาจากความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สิน รวมทั้งผลผลิตทางเกษตรกรรม และพาณิชยกรรมต่าง ๆ

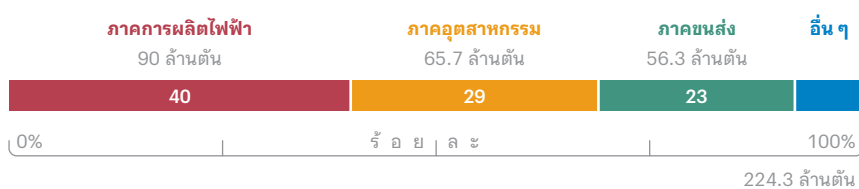
หลังจากนั้นอีกเพียง 2 ปี ในพ.ศ. 2556 ประเทศไทยได้รับผลกระทบจากปรากฏการณ์เอลนีโญทำให้เกิดภัยแล้งรุนแรงสร้างความเสียหายกว่า 3,000 ล้านบาท และเมื่อ พ.ศ. 2563 กรมอุตุนิยมวิทยา รายงานว่าเป็นปีที่แล้งที่สุดเป็นอันดับ 2 ในรอบ 40 ปี สร้างความเสียหายทางเศรษฐกิจกว่า 1 หมื่นล้านบาท¹⁷

สำนักงานนโยบายธรรมชาติและแผนสิ่งแวดล้อม กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม รายงานความก้าวหน้าเกี่ยวกับ

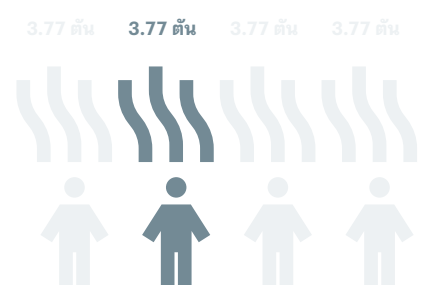
การปล่อยก๊าซเรือนกระจกของประเทศไทยต่อสำนักเลขาธิการกรอบอนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (United Nations Framework Convention on Climate Change : UNFCCC) ว่าประเทศไทยปล่อยก๊าซเรือนกระจกราว 354 ล้านตันคาร์บอนเทียบเท่า โดยที่ป่าไม้และการใช้ที่ดินเพื่อเกษตรกรรมสามารถดูดกลับก๊าซเรือนกระจกได้ราว 91 ล้านตันคาร์บอนเทียบเท่า ทำให้การปล่อยก๊าซเรือนกระจกสุทธิของไทยอยู่ที่ 263 ล้านตันคาร์บอนเทียบเท่า¹⁸

จากข้อมูลของกระทรวงพลังงาน พ.ศ. 2559–2563 พบว่าประเทศไทยมีแนวโน้มการปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ลดลง โดยใน พ.ศ. 2563 ประเทศไทยปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ 224.3 ล้านตัน ลดลงจากปีก่อนร้อยละ 10.2 คิดเป็นการปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ต่อคน 3.77 ตัน โดยเป็นการผลิตจากภาคการผลิตไฟฟ้าสูงสุด 90 ล้านตัน คิดเป็นร้อยละ 40.0 ของการปล่อยก๊าซคาร์บอนทั้งหมด รองลงมาคือภาคอุตสาหกรรม 65.7 ล้านตัน คิดเป็นร้อยละ 29.0 และภาคขนส่ง 56.3 ล้านตัน คิดเป็นร้อยละ 23.0¹⁹ ซึ่งในพ.ศ. 2564 ประเทศไทยปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์มากเป็นอันดับที่ 26 ของโลก²⁰

การปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ของประเทศไทย ปี 2563

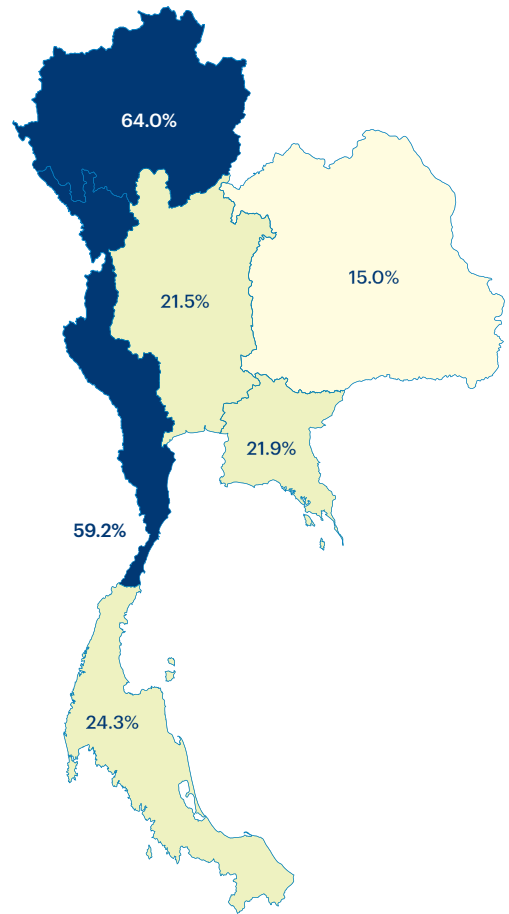


คิดเป็นต่อคน



อย่างไรก็ตามสิ่งที่น่ากังวลคือ พื้นที่ป่าไม้ของไทยที่สามารถช่วยดูดซับก๊าซเรือนกระจกนั้นกลับพบว่าไม่มีแนวโน้มที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง

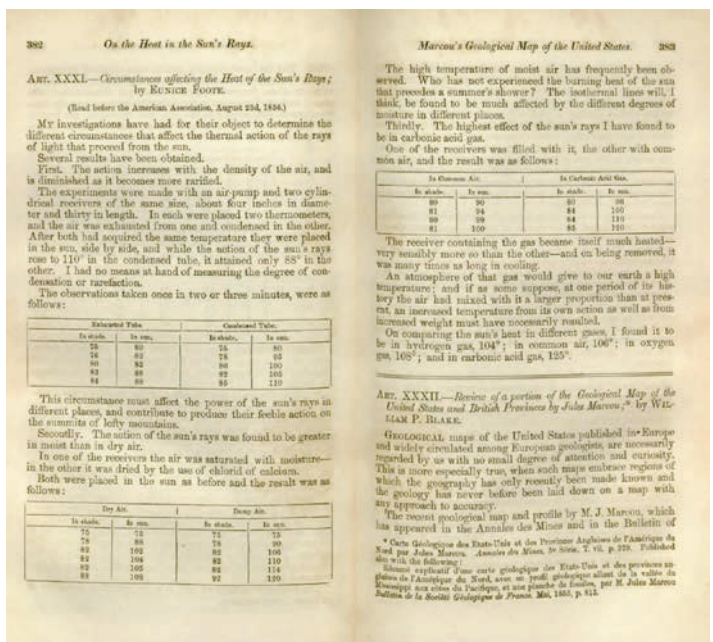
แม้จะมีความพยายามในการรักษาพื้นที่ป่าด้วยการประกาศนโยบายป่าไม้แห่งชาติ โดยให้มีการเพิ่มพื้นที่ป่าไม้ทั้งเพื่อการอนุรักษ์และเพื่อเศรษฐกิจไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของประเทศ แต่ปัจจุบันกลับพบว่าไม่มีเพียงภาคเหนือและภาคตะวันตกเท่านั้นที่สามารถรักษาพื้นที่ป่าไม้ในสัดส่วนดังกล่าวได้ โดยพื้นที่ป่าในภาคเหนือมีสัดส่วนร้อยละ 64.0 และภาคตะวันตกร้อยละ 59.2 ส่วนภาคกลางมีสัดส่วนร้อยละ 21.5 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีน้อยที่สุด คือร้อยละ 15.0 ข่าวกการบุกรุกป่ายังคงมีให้ได้ยินอย่างต่อเนื่อง อย่างเช่นข่าวการบุกรุกป่าสงวนแห่งชาติที่แก่งกระจานซึ่งมีพื้นที่ป่าไม้ประมาณ 2.2 ล้านไร่ ปรากฏว่าเฉพาะในพ.ศ. 2563 พื้นที่ป่าโดยรวมลดลงไปราว 2 พันไร่²¹ ซึ่งแก่งกระจานจัดเป็นป่าต้นน้ำ มีความหลากหลายทางชีวภาพสูง เป็นต้นกำเนิดของแม่น้ำและความอุดมสมบูรณ์ของธรรมชาติ เมื่อเสียหายไปแล้วยากต่อการแก้ไขหรือฟื้นฟูให้กลับคืนมาได้



ความร่วมมือระดับโลกในการรับมือกับปัญหาสิ่งแวดล้อม

165 ปี จากกระบอกตวงแก้วของ Eunice Foote จนถึงคอป 26

โลกใช้เวลาอย่างน้อย 165 ปี กว่าจะรู้และเชื่อว่าการกระทำของมนุษย์สามารถทำให้อุณหภูมิของโลกเปลี่ยนแปลงได้ และการจะแก้ไขสิ่งต่าง ๆ ให้กลับคืนสู่สมดุลที่เคยมีมา คนทั้งโลกต้องร่วมแรงร่วมใจกันเป็นเวลาอีกเกือบตลอดร้อยปีนับจากวันนี้



แม้กระนั้นการที่โลกจะหวนคืนกลับสู่สมดุลเดิมหรือไม่ ก็เป็นเพียงความหวัง

เรื่องราวการเปลี่ยนแปลงของภูมิอากาศ (climate change) ที่กำลังทำให้ทั่วโลกตกอยู่ในความกังวลที่จะต้องเผชิญกับภัยพิบัติทางธรรมชาติและ ความหายนะต่าง ๆ ทุกวันนี้ เริ่มต้นที่การทดลองของ Eunice Newton Foote นักวิทยาศาสตร์และนักเคลื่อนไหวสิทธิสตรีชาวอเมริกันในช่วงทศวรรษ 1850s ซึ่งใช้กระบอกตวงแก้วเพื่อทดสอบปฏิกิริยาความร้อนจากแสงอาทิตย์กับก๊าซต่าง ๆ ซึ่งพบว่าก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ (CO2) ทำให้เกิดอุณหภูมิสูงกว่าก๊าซอื่น ๆ และในสภาพที่มีความชื้นก็จะยิ่งทำให้เกิดอุณหภูมิที่สูงกว่าสภาพที่แห้ง ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้รับการตีพิมพ์ในวารสาร American Journal of Science and Arts ใน ค.ศ. 1856²²

บทความ Circumstances affecting the heat of the sun's rays ของ Eunice Newton Foote ที่ตีพิมพ์ในวารสาร American Journal of Science and Arts ใน ค.ศ. 1856

ที่มา : geographyrealm.com/earliest-published-research-linking-carbon-dioxide-with-global-warming

ก่อนหน้านี้ Joseph Fourier นักคณิตศาสตร์และฟิสิกส์ชาวฝรั่งเศส ซึ่งสนใจเกี่ยวกับการไหลเวียนของความร้อนได้เคยเสนอว่าความร้อนเมื่อกระทบผิวโลกแล้วสะท้อนออกไป จะถูกดูดซับไว้ที่ชั้นบรรยากาศซึ่งจะทำให้ อุณหภูมิของโลกสูงขึ้นได้ แต่ Fourier ก็ไม่เคยได้ทำการทดลองเหมือนอย่าง Foote

ไม่อาจกล่าวได้ว่าผลการศึกษาของ Foote ในครั้งนั้นทำให้คนทั่วโลก ลุกขึ้นมาเป็นเดือดเป็นร้อน และ เคลื่อนไหวเพื่อรักษาอุณหภูมิของโลก ไม่ให้สูงขึ้นด้วยการควบคุมปริมาณก๊าซ คาร์บอนไดออกไซด์ **เพราะในตอนนั้น แนวคิดเกี่ยวกับภาวะโลกร้อน หรือ แม้แต่ความคิดที่ว่าผลกระทบของ มนุษย์จะทำให้อุณหภูมิของโลกทั้งโลก เปลี่ยนได้ เป็นเรื่องที่ไกลเกินที่จะคิด**

แต่การทดลองของ Foote ก็ทำให้นักวิทยาศาสตร์อีกหลายคนอย่าง เช่น John Tyndall นักวิทยาศาสตร์ ชาวไอริชต่อยอดการทดลองจนได้ข้อสรุป ใน ค.ศ. 1859²³ เกี่ยวกับก๊าซเรือนกระจก (greenhouse gases : GHGs) และ ปริมาณรังสีอินฟราเรด (infrared) ว่า ก๊าซเหล่านี้สามารถดูดซับความร้อน และทำให้โลกมีอุณหภูมิสูงขึ้น

ต่อมาใน ค.ศ. 1895 Svante Arrhenius นักวิทยาศาสตร์ชาวสวีเดน

ได้ศึกษาการเปลี่ยนแปลงของปริมาณ ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ซึ่งพบว่า **หากสามารถลดปริมาณก๊าซคาร์บอน ไดออกไซด์ลงครึ่งหนึ่ง จะทำให้ อุณหภูมิโลกลดลงได้ราว 5 องศา เซลเซียส** และในทางตรงกันข้าม หากปริมาณก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ เพิ่มขึ้น 1 เท่าก็จะทำให้อุณหภูมิโลกสูงขึ้น 5 องศาเซลเซียสเช่นเดียวกัน

การค้นพบนี้ทำให้เกิดตัวแบบ ทางคณิตศาสตร์เพื่อการพยากรณ์ การเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิของโลก มากมาย เช่นตัวแบบของ Guy Stewart Callendar นักวิทยาศาสตร์ชาวอังกฤษ ใน ค.ศ. 1938²⁴ ที่พบว่า**การเพิ่มปริมาณ ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ 1 เท่าตัวจะ ทำให้อุณหภูมิโลกสูงขึ้นราว 2 องศา เซลเซียส** (Callendar effect) ซึ่งต่อมา เรียกว่า **Climate sensitivity** และเป็น ตัวเลขแนวต้านที่อนุสัญญาประชาชาติ ว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (UNFCC) ใช้เป็นหมุดหมายในการ ควบคุมอุณหภูมิของโลก

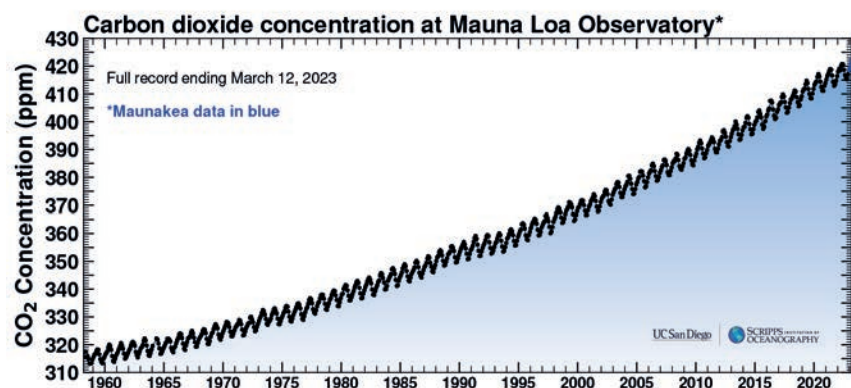
ในครั้งนั้น Callendar ยังสรุป ต่อไปอีกว่าการปฏิวัติอุตสาหกรรม เป็นต้นเหตุสำคัญที่ทำให้อุณหภูมิของโลก เพิ่มสูงขึ้นตลอดมา

การค้นพบของ Callendar เฝห้ชิดกับข้อกังขาและข้อโต้แย้งจาก วงการวิทยาศาสตร์อย่างมาก เกี่ยวกับ

ความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของ ข้อสรุป ทั้งยัง**ถูกวิจารณ์ว่าการโยนไป ถึงอุณหภูมิของโลกทั้งโลกนั้นเกินจริง ไปอย่างมาก**

อย่างไรก็ตาม การค้นคว้า เกี่ยวกับการเปลี่ยนของอุณหภูมิ โลกก็ได้ดำเนินมาอย่างต่อเนื่อง ซึ่ง การค้นพบที่มีความสำคัญอย่างมาก อีกครั้งหนึ่งคือผลงานของ Charles David Keeling นักวิทยาศาสตร์ ชาวอเมริกันจาก Scripps Institute of Oceanography สถาบันวิจัยที่ศึกษา เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิโลกที่ เก้าแก่ที่สุดแห่งหนึ่ง²⁵ Keeling บันทึก ข้อมูลปริมาณก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ จากสถานีเก็บข้อมูลที่ Mauna Loa บนเกาะ Hawaii ตั้งแต่พ.ศ. 2501 (ค.ศ. 1958) และพบว่า**ปริมาณก๊าซ คาร์บอนไดออกไซด์เพิ่มขึ้น และ ลดลงตามฤดูกาลของแต่ละปี แต่ ภาพรวมในระยะยาวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยตลอด (Keeling curve)**²⁶ ทั้งยังเป็น การยืนยันทฤษฎีของ Arrhenius ที่ว่า**มนุษย์เป็นต้นเหตุ (anthropogenic contribution) ในการทำให้ ปริมาณก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ และก๊าซเรือนกระจกอื่น ๆ เพิ่มขึ้นใน ชั้นบรรยากาศ และกลายมาเป็นข้อมูล สำคัญที่สนับสนุนการขับเคลื่อนเพื่อ การลดปริมาณก๊าซเรือนกระจก**

ปริมาณก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เพิ่มขึ้นและลดลงตาม ฤดูกาลของแต่ละปี แต่ภาพรวมในระยะยาวมีแนวโน้ม เพิ่มขึ้นโดยตลอด (Keeling curve)



ที่มา : keelingcurve.ucsd.edu



ที่มา : flickr.com/photos/worldmeteorologicalorganization/albums/72157652020108895

สำนักงานใหญ่องค์การอุตุนิยมวิทยาโลก
(World Meteorological Organization : WMO)
ณ เมืองเจนีวา ประเทศสวิตเซอร์แลนด์

■ **สู่ความร่วมมือ และการขับเคลื่อนระดับโลก**

ก่อนจะกลายมาเป็นการขับเคลื่อนเพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ประชาคมโลกให้ความสนใจกับการรักษาสภาพแวดล้อมเป็นการทั่วไป โดยเฉพาะเกี่ยวกับการใช้ทรัพยากรธรรมชาติที่ขาดสมดุลจนถึงระดับที่จะมีทรัพยากรธรรมชาติไม่เพียงพอเพื่อกิจกรรมทางเศรษฐกิจและสังคมของมนุษยชาติ ไม่เชิงเกี่ยวข้องกับการลดภาวะโลกร้อน (global warming) เท่าใดนัก กิจกรรมการรณรงค์ต่าง ๆ ส่วนใหญ่ดำเนินการโดย องค์การอุตุนิยมวิทยาโลก (World Meteorological Organization : WMO)

ในเวทีการประชุม UN Scientific Conference ว่าด้วยการอนุรักษ์และการใช้ทรัพยากร ช่วงวันที่ 17 สิงหาคม ถึง 6 กันยายน พ.ศ. 2492 (ค.ศ. 1949) **นับเป็นครั้งแรกที่สหประชาชาติได้หยิบยกประเด็นการร่อยหรอและเสื่อมโทรมของทรัพยากรธรรมชาติที่จะส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมโลก**

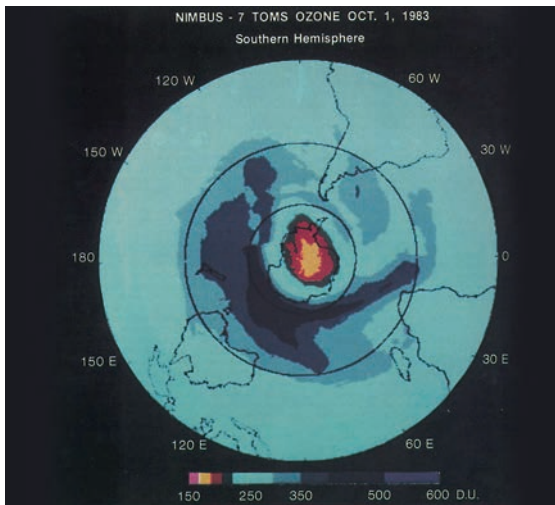
หลังจากนั้นเป็นเวลาอีกกว่า 20 ปี กว่าที่สมัชชาใหญ่ประชาชาติ (UN General Assembly) จะให้การยอมรับประเด็นทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมซึ่งทำให้องค์กรหลัก ๆ ของสหประชาชาติหันมาให้ความสนใจกับประเด็นดังกล่าว

ประเด็นว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศโลก ได้รับการบรรจุไว้เป็นระเบียบวาระในการประชุม UN Scientific Conference เป็นครั้งแรกในการประชุมเมื่อ ค.ศ. 1972²⁷ จัดขึ้น ณ กรุงสต็อกโฮล์ม ประเทศสวีเดนภายหลังได้ชื่อว่าเป็นการประชุมสุดยอดโลก ครั้งที่ 1 (1st Earth Summit) ส่งสัญญาณเตือนให้กับประเทศสมาชิกเผ่าละวางแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ รวมทั้งกิจกรรมต่าง ๆ

ที่อาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ และในการประชุมได้มีการเสนอให้จัดตั้งสถานีเพื่อการติดตามและเฝ้าระวังสภาพชั้นบรรยากาศที่อาจส่งผลกระทบต่อสภาพทางอุตุนิยมวิทยา (meteorological properties) ซึ่งรวมถึงการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศด้วย รวมทั้งโครงการต่าง ๆ ภายใต้การประสานงานและติดตามของ WMO เพื่อหาข้อสรุปให้ได้ว่า **“การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติ หรือจากกิจกรรมของมนุษย์กันแน่”**

การประชุม ณ กรุงสต็อกโฮล์ม ยังเรียกร้องให้มีการประชุมต่อเป็นครั้งที่ 2 ว่าด้วยสภาพแวดล้อม โดยเฉพาะให้มีการจัดตั้ง **โครงการสิ่งแวดล้อมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Environment Programme : UNEP)** มีฐานะเป็นคณะมนตรีประสานการ (Governing Council) ว่าด้วยเรื่องสภาพแวดล้อมโดยเฉพาะ มีสำนักงานเลขาธิการ ณ กรุงไนโรบี ประเทศเคนยา รวมทั้งให้มีกองทุนสิ่งแวดล้อม (Environment Fund) และคณะกรรมการประสานงานสิ่งแวดล้อม

แต่ประเด็นการขับเคลื่อนยังคงเป็นประเด็นทรัพยากรธรรมชาติไม่ว่าจะเป็นแหล่งน้ำ พลังงานทดแทน สัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมในทะเล พื้นที่ป่า พื้นที่ทะเลทราย โดยที่**ขณะนั้นประเด็นการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศโลกยังไม่ได้ได้รับความสนใจมากนัก**



ภาพจากการเก็บข้อมูลด้วยดาวเทียม นำเสนอโดย Pawan Bhattia นักวิทยาศาสตร์ชั้นบรรยากาศ (atmospheric scientist) ในงานประชุมวิชาการที่กรุง Prague เมื่อปี ค.ศ. 1985 ซึ่งเป็นภาพประวัติศาสตร์ที่แสดงให้เห็นถึงขนาดและความรุนแรงของความเสียหายของชั้นโอโซนเหนือทวีปแอนตาร์กติกาเป็นครั้งแรก และนำมาสู่พิธีสารมอนทรีออลฯ ในที่สุด

ที่มา : flickr.com/photos/gsfsc/8006648994

แม้กระนั้นก็มีความก้าวหน้าเกี่ยวกับการเฝ้าระวังสภาพแวดล้อมเป็นลำดับ ไม่ว่าจะเป็นการติดตามมลพิษจากการขนส่งระยะไกลทางอากาศยานในพ.ศ. 2522 (ค.ศ. 1979) ซึ่งนำไปสู่การจัดตั้ง อนุสัญญาว่าด้วยมลพิษทางอากาศข้ามพรมแดนระยะไกล (Convention on Long-Range Transboundary Air Pollution) มีการหยิบประเด็นความเสียหายของชั้นโอโซน (ozone layer) และการจำกัดปริมาณการใช้ก๊าซคลอโรฟลูออโรคาร์บอน (chlorofluorocarbons) F-11 และ F-12 ซึ่งนำไปสู่ อนุสัญญาเวียนนาเพื่อป้องกันชั้นโอโซน (Vienna Convention for the Protection of the Ozone Layer ใน ค.ศ. 1985 และข้อสรุปเกี่ยวกับอนุสัญญามลพิษทางอากาศข้ามพรมแดน (Transboundary Air Pollution Convention เพื่อการลดการปล่อยก๊าซซัลเฟอร์ให้ได้ร้อยละ 30

กว่าที่ประเด็นการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศจะได้รับความสนใจอย่างเต็มที่และกำหนดให้เป็นระเบียบวาระเร่งด่วนต้องใช้เวลาอีก 16 ปี ในการสัมมนาภายใต้ของ UNEP ในเดือนมกราคม พ.ศ. 2531 (ค.ศ. 1988) ซึ่งมีการชี้ประเด็นว่าการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศกำลังจะเป็นประเด็นที่มีความอ่อนไหวและสมควรที่จะเฝ้าระวัง ทั้งเสนอให้มีการจัดตั้ง คณะกรรมการระหว่างรัฐบาลว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Intergovernmental Panel on Climate Change : IPCC) เพื่อให้เป็นเวทีอภิปรายแลกเปลี่ยนข้อมูลทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศโลกและก๊าซเรือนกระจก โดยจัดประชุมครั้งแรกเดือนพฤศจิกายนในปีเดียวกัน

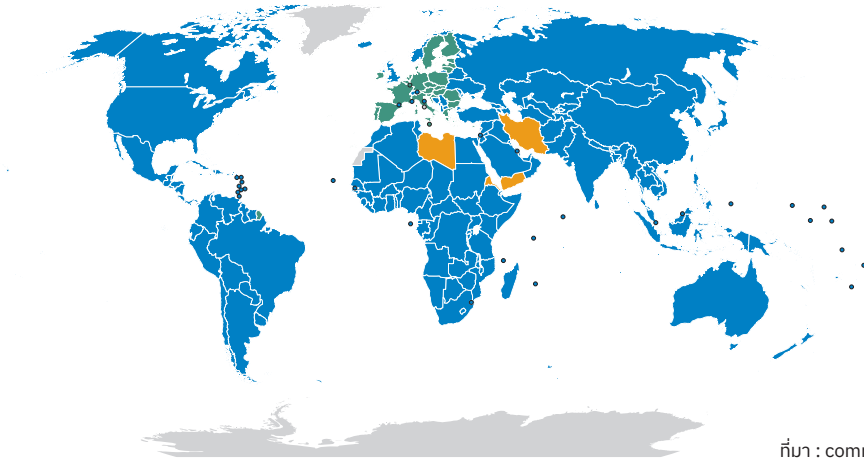
อีกทั้งที่ประชุมสมัชชาใหญ่สหประชาชาติระบุให้การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศเป็นประเด็นเร่งด่วน และได้ขอให้ WMO และ UNEP ศึกษาข้อมูลอย่างละเอียดและให้ข้อเสนอแนะเชิงกลยุทธ์เพื่อการชะลอ บรรเทา และแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ เพื่อปกป้องรักษาสภาพภูมิอากาศ

การเคลื่อนไหวดังกล่าวทำให้ที่ประชุมสมัชชาใหญ่สหประชาชาติมีมติ (มติที่ 44/207) ในพ.ศ. 2532 (ค.ศ. 1989) **รับรองข้อเสนอของ UNEP เพื่อเตรียมการร่วมกับ WMO ในการจัดทำกรอบการเจรจา**

เพื่อหาข้อสรุปเกี่ยวกับมาตรการต่าง ๆ ร่วมกันระหว่างประเทศสมาชิก นอกจากนี้ที่ประชุมยังให้การรับรองปฏิญญามาเลว่าด้วยโลกร้อนและระดับน้ำทะเลสูง (Malé Declaration on Global Warming and Sea Level Rise และ ปฏิญญาเฮลซิงกิว่าด้วยการป้องกันชั้นโอโซน (Helsinki Declaration on the Protection of the Ozone Layer รวมทั้ง พิธีสารมอนทรีออลว่าด้วยสารทำลายชั้นบรรยากาศโอโซน (Montreal Protocol on Substances that Deplete the Ozone Layer) เพื่อเดินหน้าเกี่ยวกับการรักษาบรรยากาศชั้นโอโซน

ในพ.ศ. 2533 (ค.ศ. 1990) ได้มีการจัดการประชุมสภาพภูมิอากาศโลก (World Climate Conference) ครั้งที่ 2 ช่วงวันที่ 29 ตุลาคม ถึง 7 พฤศจิกายน และ มีปฏิญญารัฐมนตรี (Ministerial Declaration) ให้การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศเป็นปัญหาระดับโลกซึ่งต้องการความร่วมมือของประชาคมในการตอบสนองและแก้ไขปัญหา และต้องเร่งดำเนินการรวมทั้ง **เรียกร้องให้มีการทำสนธิสัญญาระดับโลก (global treaty)**²⁸ ร่วมกัน ซึ่งนับว่าเป็นการส่งสัญญาณที่ชัดเจนและจริงจังอย่างมาก

ต่อมาในพ.ศ. 2535 (ค.ศ. 1992) สมัชชาแห่งสหประชาชาติกำหนดให้มีการประชุมสหประชาชาติว่าด้วยสิ่งแวดล้อมและการพัฒนา (UN Conference on Environment and Development) หรือ การประชุมสุดยอดโลก (Earth Summit) ณ เมืองริโอเดจาเนโร (Rio de Janeiro) ประเทศบราซิล ในการประชุมดังกล่าวมีข้อตกลงเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศหลายประการ อาทิ การมีประชามติเกี่ยวกับการปฏิบัติการร่วมกันเพื่อการพัฒนาสิ่งแวดล้อม การปกป้องชั้นบรรยากาศ การเชื่อมร้อยสอดประสานระหว่างองค์ความรู้



ความตกลงปารีส

- รัฐผู้ทำสัญญา
- รัฐผู้ทำสัญญาซึ่งครอบคลุมโดย
การให้สัตยาบันของสหภาพยุโรป
- รัฐผู้ลงนาม

ที่มา : commons.wikimedia.org/wiki/File:ParisAgreement.svg

ทางวิทยาศาสตร์ การพัฒนาที่ยั่งยืน การพัฒนาและการใช้พลังงาน การคมนาคม การพัฒนาอุตสาหกรรม การลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของปริมาณโอโซนชั้นสตราโตสเฟียร์ (stratospheric ozone depletion) และมลพิษในชั้นบรรยากาศที่เกิดจากอากาศยาน

แต่พัฒนาการที่นับว่าเป็นหมุดหมายสำคัญของการประชุมดังกล่าวคือ **การเปิดให้ลงนามเพื่อรับรองอนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (United Nations Framework Convention on Climate Change : UNFCCC)** ซึ่งมี 158 ประเทศร่วมลงนามรับรอง

การลงนามดังกล่าวมีเป้าหมายสำคัญคือการ**รักษาสมดุลของปริมาณก๊าซเรือนกระจกในชั้นบรรยากาศให้อยู่ในระดับที่ไม่เป็นอันตรายต่อมนุษยชาติ** โดยให้เริ่มดำเนินการในพ.ศ. 2537 (ค.ศ. 1994) ซึ่งต่อมาได้ทำให้เกิดการประชุมคอป (COP : Conference of the Parties) ครั้งแรกในพ.ศ. 2538 (ค.ศ. 1995) ณ กรุงเบอร์ลิน ประเทศเยอรมนี เพื่อให้เกิดพันธกรณีในการร่วมกันแก้ไขปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

อีกหมุดหมายสำคัญของ UNFCCC คือ**การรับรองพิธีสารเกียวโต (Kyoto Protocol) ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2540 (ค.ศ. 1997) ที่เรียกร้องให้ประเทศอุตสาหกรรมทั้งหลายร่วมกันลดการปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ และก๊าซเรือนกระจกอื่น ๆ ให้ได้อย่างน้อยร้อยละ 5 จาก พ.ศ. 2533 (ค.ศ. 1990)** โดยมีกรอบระยะเวลาช่วงพ.ศ. 2008–2012 ซึ่งพิธีสารนี้ใช้เวลา 7 ปีในการเจรจาจนเริ่มดำเนินการอย่างเป็นทางการในวันที่ 16 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2548 มีประเทศต่าง ๆ ลงนามร่วมกันกว่า 160 ประเทศ

ในการประชุมคอป 21 เมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2558 (ค.ศ. 2015) ได้มีการจัดทำ **ความตกลงปารีส (Paris Agreement)** ซึ่งเป็นการยกระดับการดำเนินงาน

ร่วมกันระหว่างประเทศต่าง ๆ 196 ประเทศ ในการจัดการปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่เข้มข้นขึ้น เช่น **การให้แต่ละประเทศมีการรายงานแผน 5 ปี เพื่อการลดปริมาณก๊าซเรือนกระจก ซึ่งเรียกว่า การมีส่วนร่วมที่ประเทศกำหนด (Nationally Determined Contributions : NDCs)** ซึ่งในแผนทุก ๆ 5 ปีถัดไป แต่ละประเทศต้องมีมาตรการและเป้าหมายการลดก๊าซเรือนกระจกที่เข้มข้นขึ้น

เมื่อวันที่ 22 เมษายน พ.ศ. 2559 (ค.ศ. 2016) ผู้แทนจาก 175 ประเทศ รวมทั้งประเทศไทย โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมได้ร่วมในพิธีลงนามความตกลงปารีส ซึ่งจัดขึ้น ณ นครนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งประเทศไทยได้ยื่นสัตยาบันสารเข้าร่วมเป็นภาคีความตกลงปารีสเมื่อวันที่ 21 กันยายน พ.ศ. 2559 (ค.ศ. 2016) ระหว่างการประชุมสมัชชาใหญ่สหประชาชาติ สมัยสามัญ ครั้งที่ 71 โดยปัจจุบันมีประเทศที่ยื่นสัตยาบันสารเข้าเป็นภาคีทั้งสิ้น 184 ประเทศ จากประเทศสมาชิก UNFCCC 197 ประเทศ²⁹ คิดเป็นก๊าซเรือนกระจกมากกว่าร้อยละ 55 ของโลก (ข้อมูล ณ วันที่ 21 ธันวาคม พ.ศ. 2561) ความตกลงปารีสมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 4 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559 (ค.ศ. 2016)

นอกจากนี้ยังได้ตกลงที่จะ**ร่วมกันลดอุณหภูมิโลกลงให้ได้มากกว่า 2 องศาเซลเซียส ซึ่งภายหลังได้ข้อตกลงว่าเป็น 1.5 องศาเซลเซียส** รวมทั้งกลไกสนับสนุนอื่น ๆ เพื่อช่วยเหลือประเทศสมาชิก ทั้งด้านการเงิน และการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร

อย่างไรก็ตาม กรอบความร่วมมือระหว่างประเทศที่กล่าวมานี้ ต้องเผชิญกับประเด็นทางการเมืองมาโดยตลอด อย่างเช่น**ท่าทีและความร่วมมือของประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งเป็นประเทศที่ผลิตก๊าซเรือนกระจกในระดับต้น ๆ ของโลก ที่เปลี่ยนแปลงไปตามแนวทางของประธานาธิบดีในแต่ละยุค** ทำให้สหรัฐอเมริกาเข้าและออก การเป็นภาคีสมาชิก 2 ครั้ง โดยครั้งแรกในพ.ศ. 2554 (ค.ศ. 2001) เมื่อประธานาธิบดี จอร์จ ดับเบิลยู บุช ประกาศว่าสหรัฐอเมริกาจะไม่ดำเนินการตามพิธีสารเกียวโตและเห็นว่าพิธีสารดังกล่าวมีความบกพร่องอย่างมาก (fatally flawed in fundamental ways) และการดำเนินการตามพิธีสารจะส่งผลเสียต่อเศรษฐกิจของสหรัฐอเมริกา³⁰

แม้สหรัฐอเมริกาในยุคของประธานาธิบดีบารัค โอบามา จะสนับสนุนการทำงานของ UNFCCC แต่ยังไม่ทันได้ลงนามในความตกลงปารีสว่าด้วยสภาพภูมิอากาศ (Paris Climate Agreement) ก็ผ่านเข้าสู่ยุคของประธานาธิบดีโดนัลด์ ทรัมป์ ซึ่งแสดงท่าทีชัดเจนตั้งแต่การหาเสียงเลือกตั้งว่าจะถอนสหรัฐอเมริกาออกจากความตกลงปารีสและก็ทำเช่นนั้นจริง ๆ ในพ.ศ. 2559 (ค.ศ. 2016) เมื่อตนเองได้รับการเลือกตั้งเป็นประธานาธิบดี โดยกล่าวว่าเขา**จะไม่มีส่วนสนับสนุนความตกลงใด ๆ ที่เป็นเหมือนการลงโทษสหรัฐอเมริกา**³¹

จนมาถึงการเปลี่ยนแปลงประธานาธิบดีอีกครั้งในพ.ศ. 2564 (ค.ศ. 2021) มาเป็นประธานาธิบดีโจ ไบเดน ที่กำหนดให้สหรัฐอเมริกาเข้าร่วมความตกลงปารีสอย่างเป็นทางการอีกครั้งในวันที่ 19 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 (ค.ศ. 2021)

ความร่วมมือว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและสุขภาพ

ผลกระทบที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศต่อสุขภาพของมนุษย์มีทั้งผลทางตรง และทางอ้อม โดยที่ผลทางตรงได้แก่สภาพอากาศที่รุนแรงไม่ว่าจะร้อนจัดหรือหนาวจัดจนถึงแก่ชีวิต รวมทั้งภัยพิบัติทางธรรมชาติที่คุกคามความเป็นอยู่ของมนุษย์ ส่วนผลทางอ้อมอย่างเช่นการมีอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากผลผลิตทางการเกษตรได้รับความเสียหาย ปริมาณน้ำดื่มไม่เพียงพอเนื่องจากสภาพความแห้งแล้ง รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของระบบนิเวศที่ส่งผลต่อการขยายตัวของพาหะนำโรคและเชื้อโรค

ประเด็นการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่ส่งผลต่อสุขภาพมีความรุนแรงและความซับซ้อนที่ต้องการความร่วมมือจากหลายฝ่ายเพื่อการรับมือร่วมกันจึงนำไปสู่การประชุม **Climate and Health Summit ในพ.ศ. 2554 (ค.ศ. 2011)** ที่เมืองเดอร์บัน (Durban) ประเทศแอฟริกาใต้ ระหว่างการประชุมคอป ครั้งที่ 17 (COP17)

การประชุม Climate and Health Summit ครั้งนั้นมีมติให้จัดตั้ง **พันธมิตรว่าด้วยสภาพภูมิอากาศและสุขภาพโลก (Global Climate and Health Alliance : GCHA) GCHA** ซึ่งเป็นการรวมตัวขององค์กรด้านสุขภาพและการพัฒนาจากทั่วโลกมีวัตถุประสงค์การรวมตัวกันเพื่อผลักดันให้นโยบายต่าง ๆ ทั้งในระดับโลก ระดับภูมิภาค และระดับประเทศ ที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศคำนึงถึงประเด็นสุขภาพ รวมทั้ง**การสนับสนุนให้ภาคส่วนที่ดำเนินการด้านสุขภาพเป็นตัวอย่างในการดำเนินการเกี่ยวกับการแก้ปัญหาด้านการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและดำเนินการเพื่อสร้างความตระหนักเกี่ยวกับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่มีต่อสุขภาพของมนุษย์**

GCHA จัดให้มีการประชุม Climate and Health Summit เป็นประจำเกือบทุกปี และมักจัดคู่ขนานไปกับการประชุมคอป ปัจจุบันมีสมาชิกกว่า 100 องค์กร³² กิจกรรมส่วนใหญ่ของ GCHA เป็นการ

จัดสัมมนาออนไลน์ (webinar) เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลและสร้างความตระหนักในประเด็นสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

นอกจากนี้ GCHA ร่วมมือกับองค์การอนามัยโลกเพื่อจัดตั้ง **คณะทำงานภาคประชาสังคมแห่งองค์การอนามัยโลกด้านสภาพภูมิอากาศ และสุขภาพ (WHO Civil Society Working Group to Advance on Climate Change and Health)**³³ เมื่อวันที่ 24 พฤษภาคม พ.ศ. 2562 (ค.ศ. 2019) ตามข้อเสนอของ Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก (World Health Assembly) ครั้งที่ 72 เพื่อเสริมความเข้มแข็งในการทำงานร่วมกันระหว่างองค์การอนามัยโลก กับองค์การพัฒนาเอกชน ที่ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับสุขภาพ และการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศในพ.ศ. 2562 (ค.ศ. 2019) มีบทบาทในการยื่นจดหมายเปิดผนึกให้กับผู้นำประเทศ จี 20 (G20) เพื่อเรียกร้องให้การฟื้นฟูเศรษฐกิจต้องคำนึงถึงประเด็นด้านสุขภาพ³⁴ และได้จัดทำเอกสาร Health Climate Prescription เผยแพร่ในการประชุมคอป 26 เพื่อเรียกร้องให้ประเด็นด้านสุขภาพเป็นประเด็นเร่งด่วนในการแก้ปัญหาการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

การเรียกร้องเพื่อการเร่งและเพิ่มความเข้มของมาตรการในการประชุมคอป 26

การประชุม คอป ครั้งที่ 26 ที่จัดขึ้นช่วงวันที่ 31 ตุลาคม ถึง 12 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 ที่เมืองกลาสโกว์ สกอตแลนด์ (เดิมจะต้องจัดในพ.ศ. 2563 แต่เลื่อนมาจัด พ.ศ. 2564 เนื่องจากสถานการณ์โควิด-19) มีความสำคัญและเป็นที่จับตามองเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากที่ประชุมได้กำหนดให้แต่ละประเทศ**นำเสนอเป้าหมายการลดก๊าซเรือนกระจกที่ชัดเจนและเข้มข้นมากขึ้นกว่าเดิม** โดยเป้าหมายสูงสุด คือการบรรลุการปลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกสุทธิเป็นศูนย์ (Net Zero)³⁵ ภายในพ.ศ. 2593 (ค.ศ. 2050)³⁶ เพราะที่ผ่านมาแม้ทั่วโลกจะมีความพยายามลดก๊าซเรือนกระจกแล้ว แต่ก็ยังไม่เพียงพอที่จะบรรลุเป้าหมายตามความตกลงปารีส (Paris Agreement)³⁷ นั่นคือ การคงให้อุณหภูมิเฉลี่ยผิวโลกเพิ่มขึ้นไม่เกิน 1.5 องศาเซลเซียส และมีข้อตกลงที่สำคัญร่วมกันที่น่าจับตามองหลายประการ

ประเด็นสำคัญที่นานาชาติเห็นสอดคล้องกันในเวที คอป 26³⁸

ทั่วโลกตระหนักว่า สภาพอากาศอยู่ในภาวะฉุกเฉิน โดยมีการยืนยันเป้าหมายของความตกลงปารีส (Paris Agreement) ในการจำกัดการเพิ่มขึ้นของอุณหภูมิเฉลี่ยทั่วโลกให้ต่ำกว่า 2°C เมื่อเทียบกับก่อนยุคอุตสาหกรรม และพยายามจำกัดอุณหภูมิให้อยู่ที่ 1.5°C ทั้งเห็นพ้องว่า “กิจกรรมของมนุษย์” ทำให้โลกร้อนขึ้นประมาณ 1.1°C จนถึงปัจจุบัน ส่งผลกระทบทุกภูมิภาคในวงกว้าง ขณะที่งบประมาณเพื่อใช้ลดคาร์บอนที่สอดคล้องกับการบรรลุเป้าหมายอุณหภูมิตามความตกลงปารีสยังมีไม่เพียงพอ และหมดลงอย่างรวดเร็ว หลายประเทศตระหนักว่า ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศจะลดลงอย่างมาก หากสามารถควบคุมอุณหภูมิไม่ให้สูงขึ้นเกิน 1.5°C



การส่งมอบการเงินเพื่อสภาพภูมิอากาศ ประเทศพัฒนาแล้วล้มเหลวในคำมั่นสัญญาที่จะส่งมอบเงิน 1 แสนล้านดอลลาร์ต่อปีให้กับประเทศกำลังพัฒนา อย่างไรก็ตาม ในรายงานของประเทศพัฒนาแล้วในเวทีนี้ ได้แสดงความเชื่อมั่นว่าจะบรรลุเป้าหมายการระดมทุนให้ได้ 1 แสนล้านดอลลาร์ ภายใน พ.ศ. 2566

การดำเนินงานตามความตกลงปารีส (Paris Agreement) ให้บรรลุผล ประเทศต่าง ๆ ตกลงจะดำเนินงานตามความตกลงปารีส โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับตลาดคาร์บอน (carbon market) ซึ่งจะช่วยให้ประเทศต่าง ๆ สามารถซื้อขายเพื่อลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากประเทศอื่น ๆ ที่เกินเป้าหมายแล้ว การเจรจายังได้ข้อสรุปในการกำหนดกรอบเวลาร่วมกัน และรูปแบบความตกลงสำหรับประเทศต่าง ๆ เพื่อรายงานความคืบหน้าเป็นประจำ ซึ่งออกแบบมาเพื่อสร้างความเชื่อมั่นและความมั่นใจว่าทุกประเทศมีส่วนร่วมสนับสนุนในความพยายามระดับโลก

ตระหนักถึงหายนะและความสูญเสีย โดยยอมรับว่าการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศส่งผลกระทบต่อผู้คนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนาและด้อยพัฒนา ประเทศต่าง ๆ ตกลงที่จะเสริมสร้างเครือข่ายซานติเอโก (Santiago Network)³⁹ ซึ่งเชื่อมโยงประเทศที่ต้องการความช่วยเหลือกับผู้ให้ความช่วยเหลือด้านเทคนิค ความรู้ และทรัพยากรเพื่อจัดการกับความเสี่ยงด้านสภาพอากาศ

และในเวทีนี้ได้เปิดตัว “บทสนทนาไกลโกว์” (Glasgow Dialogue) เพื่อหารือเกี่ยวกับการจัดเตรียมเงินทุนที่ใช้ทำกิจกรรมเพื่อหลีกเลี่ยง และลดขนาดความรุนแรง รวมทั้งจัดการกับการสูญเสียและความเสียหายจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ซึ่งประเทศกำลังพัฒนาหลายแห่งคาดหวังว่า คอป 26 จะช่วยนำไปสู่การตั้งกลไกส่งมอบเงินช่วยเหลือเมื่อเกิดความเสียหาย แม้ว่าจะยังไม่เกิดขึ้นในทางปฏิบัติแต่จะมีการนำประเด็นนี้อภิปรายต่อไปใน พ.ศ. 2566 (ค.ศ. 2023)⁴⁰

ทุกประเทศต้องเร่งดำเนินการ ลดการปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ลงให้ได้ร้อยละ 45 ในช่วงกลางคริสต์ศตวรรษ แต่จากแผนการดำเนินงานด้านสภาพภูมิอากาศของประเทศต่าง ๆ ในปัจจุบัน ยังขาดการกำหนดระดับของการลดก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ และก๊าซเรือนกระจกอื่น ๆ ที่ชัดเจน ข้อตกลงด้านสภาพภูมิอากาศกลาสโกว์ (Glasgow Climate Pact) จึงเรียกร้องให้ทุกประเทศเสนอแผนปฏิบัติการระดับชาติที่ชัดเจนมากขึ้นใน พ.ศ. 2565 แทนที่จะเป็นใน พ.ศ. 2568 ซึ่งเป็นกำหนดเวลาที่ตั้งไว้เดิม และประเทศต่าง ๆ ยังเรียกร้องให้ UNFCCC ทำรายงานการสังเคราะห์เป้าหมายการลดก๊าซเรือนกระจกของประเทศ (Nationally Determined Contributions : NDCs) ประจำปี เพื่อวัดระดับความก้าวหน้า

เลิกใช้เชื้อเพลิงฟอสซิล ประเทศต่าง ๆ ได้ตกลงในท้ายที่สุดเพื่อเรียกร้องให้มีการลดการใช้พลังงานถ่านหินและยุติการอุดหนุนเชื้อเพลิงฟอสซิลซึ่งไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่ไม่เคยกล่าวถึงอย่างชัดเจนในการตัดสินใจของสหประชาชาติ การพูดคุยเรื่องสภาพอากาศก่อนหน้านี้ แม้ว่าถ่านหิน น้ำมัน และก๊าซจะเป็นตัวขับเคลื่อนหลักของภาวะโลกร้อน แต่หลายประเทศก็ยังไม่เห็นด้วยกับการยกเลิกการใช้ถ่านหิน ทำให้ที่ผ่านมามีการแก้ปัญหาเรื่องนี้ไม่มีความชัดเจน

ความตกลง และคำประกาศสำคัญ



ป่าไม้ : 137 ประเทศที่ให้ความสำคัญและคำมั่นสัญญาในการฟื้นฟูป่าไม้และความเสื่อมโทรมของที่ดินภายในพ.ศ. 2573 (ค.ศ. 2030) จะได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ 12,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐ และ 7.2 พันล้านเหรียญสหรัฐในเงินทุนของประเทศดังกล่าว รวมถึงเงินบริจาคจากสถาบันการเงินมากกว่า 30 แห่ง มูลค่ารวมกว่า 8.7 ล้านล้านเหรียญสหรัฐ เพื่อมุ่งขจัดการลงทุนในกิจกรรมที่เชื่อมโยงกับการตัดไม้ทำลายป่า

มีเทน : 103 ประเทศ รวมทั้งผู้ปล่อยก๊าซรายใหญ่ 15 ราย ลงนามในเครือข่ายความร่วมมือเพื่อลดก๊าซมีเทน (Global Methane Pledge)⁴¹ ซึ่งมีเป้าหมายที่จะจำกัดการปล่อยก๊าซมีเทนลงร้อยละ 30 ภายในพ.ศ. 2573 (ค.ศ. 2030) เมื่อเทียบกับระดับพ.ศ. 2563 (ค.ศ. 2020) ซึ่งมีเทนเป็นหนึ่งในก๊าซเรือนกระจกที่มีส่วนมากที่สุดในการทำให้เกิดภาวะโลกร้อน และเป็นก๊าซที่มีปริมาณหนึ่งในสามจากกิจกรรมของมนุษย์

รถยนต์ : กว่า 30 ประเทศ จากผู้ผลิตรถยนต์รายใหญ่ 6 ราย และผู้มีบทบาทที่เกี่ยวข้อง ได้ร่วมกันกำหนดเป้าหมายการจำหน่ายรถยนต์ที่เป็นยานพาหนะปลอดมลพิษภายใน พ.ศ. 2583 (ค.ศ. 2040) ทั่วโลก และ พ.ศ. 2578 (ค.ศ. 2035) ในตลาดชั้นนำ จะเร่งการลดคาร์บอนไดออกไซด์จากการขนส่งทางถนน ซึ่งปัจจุบันคิดเป็นประมาณร้อยละ 10 ของการปล่อยก๊าซเรือนกระจกทั่วโลก

ถ่านหิน : ผู้นำจากประเทศแอฟริกาใต้ สหราชอาณาจักร สหรัฐอเมริกา ฝรั่งเศส เยอรมนี และสหภาพยุโรป ได้ประกาศความร่วมมือครั้งสำคัญเพื่อสนับสนุนแอฟริกาใต้ ซึ่งเป็นผู้ผลิตไฟฟ้าที่ใช้พลังงานคาร์บอนมากที่สุดในโลก ด้วยเงิน 8.5 พันล้านเหรียญสหรัฐในอีก 3-5 ปีข้างหน้า เพื่อเปลี่ยนไปสู่เศรษฐกิจคาร์บอนต่ำ (Low-carbon Economy)

การเงิน : สถาบันการเงินเอกชนและธนาคารกลาง ประกาศเดินหน้าปรับโครงสร้างเงินหลายล้านล้านเหรียญสหรัฐเพื่อบรรลุการปล่อยมลพิษสุทธิเป็นศูนย์ทั่วโลก หนึ่งในนั้นคือกลุ่มพันธมิตรทางการเงินกลาสโกว์สำหรับ Net Zero (Glasgow Finance Alliance for Net Zero : GFANZ) ซึ่งเป็นการรวมตัวของสถาบันการเงินกว่า 450 แห่งใน 45 ประเทศที่มีทรัพย์สินมูลค่าราว 130 ล้านล้านเหรียญสหรัฐ

คำมั่นสัญญาของประเทศต่าง ๆ ใน คอป 26

สหรัฐอเมริกาและสาธารณรัฐประชาชนจีน

ประกาศร่วมกันว่าจะต้องยุติความขัดแย้งและร่วมมือกันแก้ปัญหาการปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้ระบุว่าจะมีการจัดตั้งคณะทำงานร่วมกันเพื่อเน้นการปฏิบัติการเพื่อเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศในทศวรรษ 2020⁴² โดยใช้ความตกลงปารีสเมื่อ พ.ศ. 2558 (ค.ศ. 2015) เป็นแนวทาง โดยคณะทำงานทั้งสองประเทศจะมีการพบปะหรือกันเป็นประจำ ดำเนินงานอย่างเป็นทางการ เช่น การแลกเปลี่ยนด้านวิชาการ การประชุมผู้เชี่ยวชาญทั้งจากภาครัฐและไม่ใช่ภาครัฐ ตลอดจนพิจารณาการกำหนดข้อบังคับของแลกเปลี่ยน⁴³ และจะปฏิบัติตามเป้าหมายใหม่ในการลดก๊าซเรือนกระจก ซึ่งจะประกาศอีกครั้งใน พ.ศ. 2568 (ค.ศ. 2025) หัวข้อหลักที่มีการออกมาตรการควบคุม ได้แก่ ลดการปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ และก๊าซมีเทน รวมทั้งลดการตัดไม้ทำลายป่า

สำหรับ**อินเดีย** ซึ่งเป็นประเทศกำลังพัฒนาที่ปล่อยก๊าซเรือนกระจกใหญ่เป็นอันดับ 3 ของโลกรองจากสหรัฐอเมริกา และสาธารณรัฐประชาชนจีน ได้ประกาศเจตนาว่าจะลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกให้เหลือศูนย์ภายใน พ.ศ. 2613 (ค.ศ. 2070) นอกจากนี้ ยังมีปฏิญญาเกี่ยวกับปัญหาโลกร้อน ได้แก่ การใช้พลังงานทดแทนให้ได้ร้อยละ 50 ของความต้องการพลังงานทั้งหมดภายในพ.ศ. 2613 (ค.ศ. 2070) เพิ่มกำลังผลิตพลังงานสะอาดเป็น 500 กิกะวัตต์ (GW) และลดความเข้มข้นของการปล่อยก๊าซเรือนกระจกในระบบเศรษฐกิจให้เหลือร้อยละ 45 ภายในพ.ศ. 2573 (ค.ศ. 2030)⁴⁴

สหภาพยุโรปได้กำหนดเป้าหมายการปล่อยก๊าซเป็นศูนย์ใน พ.ศ. 2593 (ค.ศ. 2050) โดยประกาศเป็นกฎหมาย ที่มุ่งเป้าหมายระยะกลางเป็นการมุ่งลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกร้อยละ 55 ภายในพ.ศ. 2573 (ค.ศ. 2030) ในทางปฏิบัติจะขับเคลื่อนโดยผ่าน

ชุดกฎหมาย “Fit for 55 package”⁴⁵

เป็นชุดกฎหมายหลายฉบับที่มีความท้าทายสูงในการเปลี่ยนแปลงสหภาพยุโรปในพ.ศ. 2573 (ค.ศ. 2030) เช่น



สรุปข้อตกลงจากการประชุม คอป 26
ในแต่ละประเทศ

ที่มา : globalcompact-th.com/news/detail/632

ในด้าน**ทรัพยากรธรรมชาติ** สหภาพยุโรปมีกฎหมายเพื่อป้องกันการตัดไม้ทำลายป่าฉบับใหม่ โดยมุ่งควบคุมสินค้า 6 ประเภทที่ส่งผลต่อการทำลายป่าสูง ได้แก่ ถั่วเหลือง น้ำมันปาล์ม เนื้อวัว โกโก้ กาแฟ และไม้เป็นต้น มีการกำหนดให้ประเทศผู้นำเข้าพิสูจน์สินค้าว่าปลอดจากการทำลายป่า (deforestation-free products) หรือไม่ เช่น ต้องแสดงพิกัดภูมิศาสตร์ของแหล่งเพาะปลูก/เลี้ยงสัตว์ เพื่อให้ตรวจสอบได้ว่าไม่ได้เป็นพื้นที่ป่ามาก่อน นอกจากนี้ ยังมีกฎหมายสำคัญอีกฉบับที่สหภาพยุโรปจะพิจารณา คือ

ระบบการควบคุมการนำเข้าไม้ผ่านกระบวนการสอบทาน (due diligence : DD)⁴⁶

การปรับปรุงระบบตลาดคาร์บอนเครดิตในสหภาพยุโรป (EU Emissions Trading System : EU-ETS) เพื่อลดการปล่อยก๊าซสำหรับการบินและการเดินเรือ และ

เพิ่มอัตราส่วนการใช้พลังงานหมุนเวียนเป็นร้อยละ 40 ภายใน พ.ศ. 2573 (ค.ศ. 2030) ภายใต้กฎหมายพลังงานหมุนเวียน (renewable energy)

รวมทั้งยังสนับสนุนการพัฒนาพลังงานสะอาดอย่างไฮโดรเจนและแบตเตอรี่

พร้อมกับการปฏิรูปการเงินและงบประมาณเพื่อใช้ลงทุนในกิจการที่เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสภาพอากาศ และลดการลงทุนในกิจการพลังงานแบบดั้งเดิมอย่างฟอสซิล

นอกจากนี้ สหภาพยุโรปยังมีแผนดำเนินมาตรการทางการค้าเพื่อเป้าหมายด้านสิ่งแวดล้อมเป็นสำคัญ โดยใช้มาตรการทางการค้าเพื่อให้คู่ค้าต้องปรับปรุงมาตรฐานสินค้าให้เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม เช่น มาตรการปรับราคาคาร์บอนก่อนข้ามพรมแดน (Carbon Border Adjustment Mechanism) ของสินค้านำเข้า 6 กลุ่ม ได้แก่ เหล็กและเหล็กกล้า ซีเมนต์ พลังงาน/กระแสไฟฟ้า ปุ๋ยและอลูมิเนียม ยานยนต์ และสินค้าเกษตรบางประเภท เพื่อลดการนำเข้าสินค้าที่ปล่อยก๊าซเรือนกระจกสูงเข้ามาในสหภาพยุโรป

ของทั้งประเทศคู่ค้า ซึ่งเริ่มต้นพิจารณาร่างกฎหมายดังกล่าวเมื่อต้นพ.ศ. 2565 (ค.ศ. 2022) เพื่อให้บริษัทและธุรกิจต่าง ๆ มีความรับผิดชอบต่อสิทธิมนุษยชน สิ่งแวดล้อม และธรรมาภิบาลตลอดห่วงโซ่การผลิต

ในทาง**การทูตด้านภูมิอากาศ (climate diplomacy)** สหภาพยุโรปได้ส่งสัญญาณความเร่งด่วนของการแก้ปัญหาสภาพอากาศ โดยเน้นทำที่การทำงานเชิงรุกแบบทวิภาคีและพหุภาคี ร่วมกับประเทศมหาอำนาจที่ปล่อยก๊าซเรือนกระจก และประเทศกำลังพัฒนา เพื่อแก้ปัญหาสภาพอากาศอย่างจริงจัง รวมทั้งยังกำหนดแนวทางการช่วยเหลือทางเทคนิคและงบประมาณให้กับประเทศกำลังพัฒนาอีกด้วย ขณะเดียวกันก็มีการพัฒนาและออกกฎหมายใหม่ ๆ ที่จะช่วยให้การแก้ปัญหาสภาพอากาศเกิดผลในทางปฏิบัติ⁴⁷ นับว่าการกำหนดเป้าหมายและท่าทีของสหภาพยุโรปมีความเข้มข้นและจริงจังอย่างมากเมื่อเทียบกับประเทศมหาอำนาจอื่น ๆ

ข้อตกลงต่าง ๆ ในเวทีคอป ได้สะท้อนให้เห็นว่าการขับเคลื่อนเศรษฐกิจและอุตสาหกรรมต่าง ๆ ต้องมีการพึ่งพาการใช้พลังงานเป็นหลัก ซึ่งหลายประเทศยังไม่ได้ตระหนักและเห็นด้วยกับหลายข้อตกลงและคำมั่นสัญญาต่าง ๆ ซึ่งอาจจะเกี่ยวข้องกับผลประโยชน์ทางด้านเศรษฐกิจ

การดำเนินการ เพื่อการลดก๊าซเรือนกระจกของไทย

ประเทศไทยแสดงความกระตือรือร้นในประเด็นการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศมาเป็นระยะเวลาพอสมควร ดังจะเห็นได้จากการที่**คณะรัฐมนตรีมีมติในการประชุมเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2558 ให้การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศเป็นนโยบายสำคัญของประเทศ** เริ่มตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559⁴⁸ และให้สำนักงานประมาณรวมทั้งหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าหมายการลดก๊าซเรือนกระจก และผลักดันการดำเนินงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

นอกจากนี้ในการประชุมคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2559 ได้มีมติมอบหมายให้สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำ **“แผนที่นำทางการลดก๊าซเรือนกระจก” (Nationally Determined Contribution Roadmap on Mitigation : NDC) เรียกโดยย่อว่า NDC Roadmap**⁴⁹ มีสำนักงานคณะกรรมการนโยบายวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และนวัตกรรมแห่งชาติในฐานะหน่วยงานที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้รับผิดชอบ (National Designated Entities : NDE) และให้หน่วยงานในภาคส่วนที่เกี่ยวข้องจัดทำฐานข้อมูลด้านเทคโนโลยีและแผนที่นำทางด้านเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง (technology database and roadmap) ตั้งแต่ก่อนการให้คำมั่นในการประชุม คอป 26

อีกทั้งแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560–2564) ก็ให้ความสำคัญเกี่ยวกับประเด็นการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ และให้เพิ่มประสิทธิภาพการลดก๊าซเรือนกระจก รวมทั้งเพิ่มขีดความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ส่วน ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566–2570) ได้กำหนดให้**หมุดหมายที่ 10 ภายใต้มิติความยั่งยืนของทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ผลักดันให้ประเทศไทยมีเศรษฐกิจหมุนเวียนและสังคม**

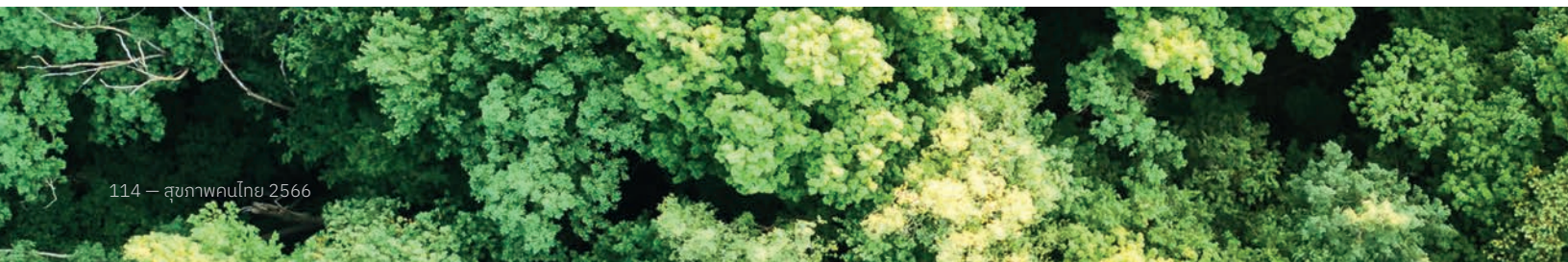
คาร์บอนต่ำ ด้วยการเพิ่มมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศด้วยเศรษฐกิจหมุนเวียน เพิ่มการหมุนเวียนวัสดุเป้าหมาย อาทิ พลาสติก วัสดุก่อสร้าง เกษตรอาหาร เพิ่มสมรรถนะด้านสิ่งแวดล้อม เพิ่มพื้นที่ป่าไม้ เพิ่มสัดส่วนการใช้พลังงานทดแทน เพิ่มอัตราการนำขยะมาใช้ใหม่ และลดปริมาณขยะต่อหัว ซึ่งสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกับ NDC Roadmap

อย่างไรก็ตาม สิ่งที่สร้างความวิตก และความสับสนเกี่ยวกับแผนการลดก๊าซเรือนกระจก คือปริมาณและปีเป้าหมายในการบรรลุ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอย่างเร่งด่วนก่อนที่นายกรัฐมนตรีจะแถลงยืนยันในการประชุม คอป 26

ตาม NDC Roadmap เดิมที่ประเทศไทยนำเสนอต่อสำนักเลขาธิการอนุสัญญาสหประชาชาติ ว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (UNFCCC) กำหนดเป้าหมายการลดก๊าซเรือนกระจกให้ได้อย่างน้อย 20 ใน พ.ศ. 2573 (ค.ศ. 2030) คิดเป็นปริมาณก๊าซเรือนกระจก 111 ล้านตันคาร์บอนเทียบเท่า โดยวางแผนการดำเนินงานของภาคส่วนต่าง ๆ ให้สนับสนุนและสอดคล้องกันตั้งแต่ พ.ศ. 2564 (ค.ศ. 2021) สิ้นสุด พ.ศ. 2573 (ค.ศ. 2030) (ในขณะที่ NDC Roadmap ได้ระบุไว้ว่าจะลดได้ถึง 115.6 ล้านตันคาร์บอนเทียบเท่า ซึ่งมากกว่าร้อยละ 20) ส่วนการบรรลุเป้าหมายการเป็นกลางทางคาร์บอน (carbon neutrality) ได้แจ้งกับ UNFCCC ว่าจะสามารถบรรลุได้ราว พ.ศ. 2593 (ค.ศ. 2050) และเป้าหมายก๊าซเรือนกระจกสุทธิเป็นศูนย์ (Net Zero) สามารถบรรลุได้ในครึ่งหลังของศตวรรษนี้ ประมาณ พ.ศ. 2633 (ค.ศ. 2090) หรืออีกเกือบ 70 ปีข้างหน้า⁵⁰

อย่างไรก็ตาม ในการแถลงต่อที่ประชุม คอป 26 **นายกรัฐมนตรีได้ประกาศกำหนดเวลาการบรรลุเป้าหมายการลดก๊าซเรือนกระจกให้เร็วขึ้นจากเดิม** โดยใน พ.ศ. 2573 (ค.ศ. 2030) ประเทศไทยจะลดปริมาณก๊าซเรือนกระจกให้ได้อย่างน้อย 40 จากการปล่อยก๊าซในกรณีปกติ⁵¹ เท่ากับว่าเป้าหมายปริมาณการลดก๊าซเรือนกระจกใหม่เพิ่มเป็นราว 222 ล้านคาร์บอนเทียบเท่า ความเป็นกลางทางคาร์บอนยังอยู่ที่ พ.ศ. 2593 (ค.ศ. 2050) ส่วนเป้าหมายก๊าซเรือนกระจกเป็นศูนย์เลื่อนขึ้นมาเป็น พ.ศ. 2608 (ค.ศ. 2065)⁵² **โดยที่สาระสำคัญและแนวทางต่าง ๆ ที่ได้กำหนดไว้ใน NDC Roadmap ยังไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนแต่อย่างใด** และทำให้หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง กับ NDC Roadmap ต้องปรับเป้าหมายและแนวทางการดำเนินงานอีกครั้ง

ที่มา : unsplash.com/photos/UFnHt94r91w



เป้าหมายระยะยาวที่สุด ในประวัติศาสตร์แผนระดับชาติ

แม้ NDC Roadmap จะมีระยะสิ้นสุดของแผนใน พ.ศ. 2573 (ค.ศ. 2030) หรืออีกไม่ถึง 10 ปีข้างหน้า ซึ่งเป็นแต่เพียงการลดก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ให้ได้ร้อยละ 40 จากพ.ศ. 2548 (ค.ศ. 2005) แต่จะเป็นพื้นฐานสำคัญที่จะบรรลุเป้าหมาย carbon neutrality ในพ.ศ. 2593 (ค.ศ. 2050) หรืออีกเกือบ 30 ปีข้างหน้า และเป้าหมาย Net Zero ซึ่งไม่ใช่แค่ยุติการปล่อยก๊าซคาร์บอน แต่รวมถึงก๊าซเรือนกระจกทั้งหมด ณ พ.ศ. 2608 (ค.ศ. 2065) หรืออีกราว 40 ปีข้างหน้า นับเป็นวิสัยทัศน์ของแผนชาติที่นานยาวที่สุดเท่าที่เคยมีมา

NDC Roadmap แบ่งมาตรการการลดก๊าซเรือนกระจกออกเป็น 3 สาขา ได้แก่ สาขาพลังงานและขนส่ง สาขากระบวนการทางอุตสาหกรรมและการใช้ผลิตภัณฑ์ และสาขาการจัดการของเสีย ซึ่งคณะกรรมการนโยบายการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศแห่งชาติ มีมติเมื่อวันที่ 13 กรกฎาคม พ.ศ. 2560 มอบหมายหน่วยงานที่จะเป็นผู้รับผิดชอบหลักของแต่ละสาขา โดยมอบหมายให้ **สำนักนโยบายและพลังงาน กระทรวงพลังงาน** รับผิดชอบมาตรการที่เกี่ยวข้องกับสาขาพลังงาน ซึ่งจะเป็นสาขาหลักเนื่องจากจากร้อยละ 50 ของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ถูกปล่อยออกมาจากภาคพลังงาน ส่วนมาตรการในสาขาส่งเสริมได้มอบหมายให้ **สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร กระทรวงคมนาคม** รับผิดชอบ มาตรการสาขากระบวนการทางอุตสาหกรรมและการใช้ผลิตภัณฑ์ มอบหมายให้ **กรมโรงงานอุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรม** รับผิดชอบ และมาตรการสาขาการจัดการของเสียชุมชนมอบหมายให้ **กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม** รับผิดชอบ

แผนปฏิบัติการลดก๊าซเรือนกระจกตาม NDC Roadmap จึงเป็นการทำงานเชิงบูรณาการข้ามกระทรวงที่ต้องอาศัยกลไกการประสานงานและติดตามการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพและมีความต่อเนื่อง โดยเฉพาะสาขาพลังงานและขนส่ง ที่ต้องทำงานเชื่อมโยงกัน 2 กระทรวง คือกระทรวงพลังงาน และกระทรวงคมนาคม

NDC Roadmap วางมาตรการเพื่อการลดก๊าซเรือนกระจกไว้ 15 มาตรการ โดยเป็นมาตรการในสาขาพลังงานและขนส่ง 9 มาตรการ ซึ่งเป็นมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการผลิตไฟฟ้า 2 มาตรการ คือ เพิ่มประสิทธิภาพการผลิตพลังงานไฟฟ้า และผลิตไฟฟ้าจากพลังงานทดแทน มาตรการที่เกี่ยวข้องกับการใช้พลังงานในครัวเรือน 2 มาตรการคือ การเพิ่มประสิทธิภาพการใช้พลังงานในครัวเรือนและ

การใช้พลังงานทดแทนในครัวเรือน มาตรการที่เกี่ยวข้องกับการใช้พลังงานในอาคารพาณิชย์และหน่วยงานราชการ 1 มาตรการ คือการเพิ่มประสิทธิภาพการใช้พลังงานในอาคาร มาตรการที่เกี่ยวข้องกับการใช้พลังงานในภาคอุตสาหกรรม 2 มาตรการคือ การเพิ่มประสิทธิภาพการใช้พลังงานในอุตสาหกรรม และใช้พลังงานทดแทนในอุตสาหกรรม ส่วนมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการคมนาคมขนส่ง มี 2 มาตรการคือ การเพิ่มประสิทธิภาพการใช้พลังงานในการคมนาคมขนส่ง และการใช้เชื้อเพลิงชีวภาพสำหรับยานพาหนะ ทั้งหมดนี้คาดว่าจะสามารถลดปริมาณก๊าซเรือนกระจกได้ **113 ล้านตันคาร์บอนเทียบเท่า**

มาตรการในสาขาการจัดการของเสียมี 4 มาตรการ คือมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะ 1 มาตรการคือ การลดปริมาณขยะ เช่นการลดอัตราการเกิดขยะ การนำขยะมาใช้ประโยชน์ (รีไซเคิล) มาตรการที่เกี่ยวข้องกับการจัดการน้ำเสีย 3 มาตรการ คือ การเพิ่มการผลิตก๊าซชีวภาพจากน้ำเสียอุตสาหกรรมด้วยการนำก๊าซมีเทนกลับมาใช้ประโยชน์ และการจัดการน้ำเสียอุตสาหกรรมอื่น ๆ และการจัดการน้ำเสียชุมชน ซึ่งคาดว่าจะสามารถลดปริมาณก๊าซเรือนกระจกได้ **2 ล้านตันคาร์บอนเทียบเท่า**

มาตรการในสาขากระบวนการทางอุตสาหกรรมและการใช้ผลิตภัณฑ์ มี 2 มาตรการ เป็นมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนกระบวนการผลิตทางอุตสาหกรรม ได้แก่ การทดแทนปูนเม็ด และการทดแทน/ปรับเปลี่ยนสารทำความเย็น ซึ่งคาดว่าจะสามารถลดปริมาณก๊าซเรือนกระจกได้ **6 แสนตันคาร์บอนเทียบเท่า**

หากประเทศไทยสามารถดำเนินตามแผนที่นำทางนี้ได้โดยไม่มีข้อติดขัดหรืออุปสรรคใดๆ ประเทศไทยจะสามารถลดปริมาณก๊าซเรือนกระจกลงไปได้อย่างมาก **ไม่ว่าจะเป็นร้อยละ 20 ตามแผนเดิม หรือร้อยละ 40 ตามแผนใหม่** แต่ก็ยังต้องเดินทางต่อไปอีกอย่างน้อย 20 ปีเพื่อบรรลุถึงความเป็นกลางทางคาร์บอนในพ.ศ. 2593 (ค.ศ. 2050) และอีก 40 กว่าปีเพื่อให้ถึงปริมาณก๊าซเรือนกระจกสุทธิเป็นศูนย์ใน พ.ศ. 2608 (ค.ศ. 2065)

การประสานงานระหว่างภาคส่วน เพื่อการลดก๊าซเรือนกระจก

ในการดำเนินงานประสานกันหลายภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรระหว่างประเทศนั้น ได้กำหนดให้สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมเป็นหน่วยงานกลางในการประสานงาน และทำงานร่วมกับองค์การบริหารจัดการก๊าซเรือนกระจก (องค์การมหาชน) (อบก.) (Thailand Greenhouse Gas Management Organization (Public Organization) : TGO) ซึ่งจัดตั้งขึ้นตามมติคณะรัฐมนตรีวันที่ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2550 มีบทบาทอย่างมากทั้งในแง่ของการประสานงานข้ามหน่วยงาน รวมทั้งมองหาโอกาสและชักชวนหน่วยงานที่มีศักยภาพได้ริเริ่มโครงการเพื่อการลดก๊าซเรือนกระจก พร้อมการให้ความช่วยเหลือด้านเทคนิคและการแสวงหาการสนับสนุนและความร่วมมือจากองค์กรต่างประเทศ⁵³ เครื่องมือสำคัญของ อบก. ที่ทำให้หน่วยงานต่าง ๆ เข้ามาร่วมกันดำเนินการลดก๊าซเรือนกระจกคือการให้การรับรองปริมาณก๊าซเรือนกระจกซึ่งมี 2 ส่วน ได้แก่

กลไกลดก๊าซเรือนกระจก (Greenhouse Gas Mitigation Mechanism) และ

การรับรองฉลากคาร์บอนฟุตพริ้นท์ (Carbon Footprint)

1

กลไกลดก๊าซเรือนกระจก เป็นการพิจารณารับรองโครงการต่าง ๆ ที่ดำเนินการเพื่อการลดก๊าซเรือนกระจก มี 4 รูปแบบคือ

โครงการลดก๊าซเรือนกระจกภาคสมัครใจตามมาตรฐานของประเทศไทย (Thailand Voluntary Emission Reduction Program : T-VER) โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 มีโครงการ T-VER ได้รับการขึ้นทะเบียนรวม 32 โครงการ มีปริมาณก๊าซเรือนกระจกที่คาดว่าจะลดได้รวม 3,578,816 ตันคาร์บอนเทียบเท่าต่อปี และตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557-2564 มีจำนวนโครงการ T-VER ทั้งหมด 257 โครงการ เป็นปริมาณก๊าซเรือนกระจกที่คาดว่าจะลด/กักเก็บได้รวม 9,582,052 ตันคาร์บอนเทียบเท่าต่อปี⁵⁴

โครงการสนับสนุนกิจกรรมลดก๊าซเรือนกระจก (Low Emission Support Scheme : LESS) ซึ่งเป็นการประเมินก๊าซเรือนกระจกเบื้องต้นเพื่อสร้างความตระหนักให้เกิดการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก แต่ไม่ได้นำปริมาณก๊าซเรือนกระจกที่ลดไปซื้อขาย

2

โครงการเหล่านี้จะได้รับประกาศเกียรติคุณ (Letter of Recognition) ซึ่งในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ได้มีการรับรองไปแล้ว 1,178 กิจกรรมจาก 473 หน่วยงาน คิดเป็นก๊าซเรือนกระจกที่ลดได้ 942,753 ตันคาร์บอนเทียบเท่า และที่กักเก็บได้ 1,086,080 ตันคาร์บอนเทียบเท่า และตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558-2564 ได้มีการรับรองไปแล้ว 7,697 กิจกรรม จาก 1,041 หน่วยงาน คิดเป็นปริมาณก๊าซเรือนกระจกที่ลดและกักเก็บได้รวม 190 ล้านตันคาร์บอนเทียบเท่า แบ่งเป็นปริมาณก๊าซเรือนกระจกที่ลดได้ 3.5 ล้านตันคาร์บอน และที่กักเก็บได้ (carbon stock) 186.5 ล้านตันคาร์บอน

กลไกเครดิตร่วม (Joint Credit Mechanism : JCM) เป็นกลไกที่ดำเนินการร่วมกับกระทรวงสิ่งแวดล้อมแห่งประเทศญี่ปุ่นซึ่งให้ความช่วยเหลือด้านเทคโนโลยีคาร์บอนต่ำ ตั้งแต่เริ่มมีความร่วมมือเมื่อวันที่ 19 พฤศจิกายน พ.ศ. 2558 จนถึง 2564 มีโครงการที่ได้รับการสนับสนุนทั้งสิ้น 39 โครงการ มีมูลค่าการสนับสนุนกว่า 2.3 พันล้านบาท และคาดว่าจะสามารถลดปริมาณก๊าซเรือนกระจกได้ 207,404 ตันคาร์บอนเทียบเท่า

กลไกการพัฒนาที่สะอาด (Clean Development Mechanism : CDM) เป็นกลไกภายใต้พิธีสารเกียวโต (Kyoto Protocol) ที่ให้กลุ่มประเทศอุตสาหกรรมซึ่งเป็นประเทศพัฒนาแล้วและมีรายชื่ออยู่ในภาคผนวกของพิธีสาร สามารถบรรลุพันธกรณีในการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกได้ด้วยการซื้อขายคาร์บอนเครดิตที่ได้จากการทำโครงการ CDM เพื่อนำไปหักลบปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของแต่ละประเทศ กลไกนี้เริ่มดำเนินการตั้งแต่พ.ศ. 2551

3

4

มีจำนวนโครงการเริ่มต้น 27 โครงการ ใน พ.ศ. 2564 มีทั้งสิ้น 154 โครงการ สามารถลดก๊าซเรือนกระจกได้รวม 7.41 ล้านตันคาร์บอนเทียบเท่าต่อปี⁵⁵

นอกเหนือจากกลไกลดก๊าซเรือนกระจก แล้ว อบก. ยังดำเนินการให้ **การรับรองฉลากคาร์บอนฟุตพริ้นท์ (carbon footprint)** ซึ่งประเทศไทยถือว่าเป็นผู้นำอาเซียนเกี่ยวกับการให้การรับรองฉลากคาร์บอนฟุตพริ้นท์⁵⁶ โดยในประเทศไทยมี **ฉลากคาร์บอนฟุตพริ้นท์ 5 กลุ่ม ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่องค์กร ผลิตภัณฑ์ ไปจนถึงบุคคล** ได้แก่

1

คาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์ (Carbon footprint of product) เป็นฉลากที่ปรากฏบนผลิตภัณฑ์ต่างๆ แสดงถึงปริมาณก๊าซเรือนกระจกที่เกิดจากการผลิตผลิตภัณฑ์ตั้งแต่การได้มาซึ่งวัตถุดิบ จนเข้าสู่กระบวนการผลิต การขนส่ง การนำไปใช้ และจนถึงการกำจัดซาก ฉลากคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์ที่มีอายุการรับรองฉลาก 3 ปี ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 มีผลิตภัณฑ์ที่ได้รับการอนุญาตให้ใช้เครื่องหมายคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์ 491 รายการจาก 87 บริษัท และในปัจจุบันมีผลิตภัณฑ์ที่ได้รับการอนุญาตทั้งสิ้น 4,509 รายการ จาก 650 บริษัท

2

คาร์บอนฟุตพริ้นท์ขององค์กร (Carbon Footprint for Organization / Corporate Carbon Footprint : CCF) เป็นการรับรองข้อมูลปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกที่เกิดจากการดำเนินงานและกิจกรรมต่างๆ ทั้งทางตรงและทางอ้อม ขององค์กรในช่วงระยะเวลา 1 ปี มีอายุการรับรอง 1 ปี ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 อนุญาตให้ใช้เครื่องหมายคาร์บอน

ฟุตพริ้นท์ขององค์กร 187 องค์กร และในปัจจุบันมีองค์กรที่ได้รับอนุญาตทั้งสิ้น 568 องค์กร

ฉลากลดคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์ หรือ ฉลากลดโลกร้อน คือฉลากที่แสดงว่าผลิตภัณฑ์ได้ผ่านการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของผลิตภัณฑ์ และสามารถลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของผลิตภัณฑ์ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งเป็นการประเมินการปล่อยก๊าซเรือนกระจกตลอดวัฏจักรชีวิตของผลิตภัณฑ์ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 มีผลิตภัณฑ์ที่ได้รับการอนุญาตให้ใช้ฉลากลดโลกร้อน 127 รายการจาก 28 บริษัท และในปัจจุบันมีผลิตภัณฑ์ที่ได้รับการอนุญาตทั้งสิ้น 756 รายการ จาก 99 บริษัท

3

ฉลากคูลโหมด (Cool Mode) เป็นฉลากที่ให้กับเสื้อผ้า หรือผลิตภัณฑ์ที่มีคุณสมบัติพิเศษในการซับเหงื่อและระบายความร้อนได้ดี ทำให้สวมใส่สบาย ไม่ร้อนอบอ้าว สามารถสวมใส่ในอาคารหรือห้องที่มีอุณหภูมิเครื่องปรับอากาศ 25 องศาเซลเซียส ได้โดยไม่รู้สึกร้อนอึดอัด มีระยะเวลาการรับรองแก่ผู้ประกอบการ 3 ปี ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 มีการอนุญาตให้ใช้เครื่องหมายคูลโหมด 43 โคร่งผ้า 35 บริษัท และในปัจจุบันมีการอนุญาต 186 โคร่งผ้า จาก 52 บริษัท

4

ฉลากคาร์บอนออฟเซต และคาร์บอนนิวทรัล (Carbon Offset / Carbon Neutral) เป็นฉลากที่ให้การรับรองกับกิจกรรมที่มีการซื้อคาร์บอนเครดิตมาชดเชยปริมาณก๊าซเรือนกระจกที่ปล่อยออกมาจากกิจกรรมต่างๆ ขององค์กร หรือผลิตภัณฑ์ หรือเหตุการณ์ โดยหากมีการชดเชยเพื่อทำให้การปล่อยก๊าซเรือนกระจกลดลงบางส่วนจะได้รับการรับรองฉลาก Carbon Offset และชดเชยทั้งหมด หรือลดลงเท่ากับศูนย์จะได้รับการรับรองฉลาก Carbon Neutral ซึ่งเทียบเท่ากับไม่มีการปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากกิจกรรมนั้น ๆ⁵⁷

5

ในกลุ่มฉลากคาร์บอนออฟเซต และคาร์บอนนิวทรัลนี้ มีการมอบให้ในหลายระดับ คือทั้งระดับองค์กร กิจกรรม ผลิตภัณฑ์ และบุคคล (คนไทยหัวใจไร้คาร์บอน) โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ได้มีการอนุมัติให้กับ **26 องค์กร 21 กิจกรรม 2 ผลิตภัณฑ์ และ 53 บุคคล** คิดเป็นปริมาณคาร์บอนเครดิต 231,824 ตันคาร์บอนเทียบเท่า และในปัจจุบันมีการอนุญาตไปแล้วรวม 112 องค์กร 55 ผลิตภัณฑ์ 113 กิจกรรม และ 1,330 คน คิดเป็นปริมาณคาร์บอนเครดิต 744,272 ตันคาร์บอนเทียบเท่า

การดำเนินงานของภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อการลดก๊าซเรือนกระจก

ด้านพลังงาน และขนส่ง

การรณรงค์เพื่อการใช้ยานยนต์ไฟฟ้า (electric vehicle : EV) เป็นการขับเคลื่อนที่สำคัญอันหนึ่งด้านพลังงานและการขนส่งในการลดปริมาณก๊าซเรือนกระจก รัฐบาลได้แต่งตั้งคณะกรรมการนโยบายยานยนต์แห่งชาติ หรือบอร์ดอีวี เมื่อวันที่ 7 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563⁵⁸ เพื่อดำเนินการขับเคลื่อนการพัฒนาอุตสาหกรรมยานยนต์ไฟฟ้าในประเทศไทย ซึ่งได้ประกาศนโยบาย **30@30** คือการตั้งเป้าการผลิตรถยนต์ปล่อยมลพิษเป็นศูนย์ (zero emission vehicle : ZEV) ให้ได้อย่างน้อยร้อยละ 30 ของการผลิตยานยนต์ทั้งหมดในพ.ศ. 2573 (ค.ศ. 2030) ซึ่งเป็นปีสิ้นสุดของ NDC Roadmap เพื่อสนับสนุนเป้าหมายการมุ่งสู่สังคมคาร์บอนต่ำ (low-carbon Society)

นโยบาย 30@30 แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 พ.ศ. 2564–2565 เป็นการนำร่องส่งเสริมรถ EV ด้วยการอุดหนุนการให้ส่วนลดในการซื้อรถยนต์ 70,000–150,000 บาทต่อคัน ส่วนลดในการซื้อรถจักรยานยนต์ 18,000 บาทต่อคัน รวมทั้งลดภาษีนำเข้ารถยนต์จากร้อยละ 8 เป็นร้อยละ 2 และลดกระเบเป็นร้อยละ 0 ยกเว้นอากรขาเข้าส่วนประกอบรถยนต์ EV โดยระยะที่ 2 พ.ศ. 2566–2568 เป็นการพัฒนาอุตสาหกรรมยานยนต์ไฟฟ้า โดยจะผลิตรถยนต์หนึ่งและกระเบ 225,000 คัน จักรยานยนต์ 360,000 คัน รถบัสและรถบรรทุก 18,000 คัน ภายในพ.ศ. 2568 และให้มีการผลิตแบตเตอรี่สำหรับรถ EV ที่ผลิตภายในประเทศ และระยะที่ 3 พ.ศ. 2569–2573 วางเป้าหมายการผลิตรถยนต์หนึ่งและกระเบ 725,000 คัน และจักรยานยนต์ 675,000 คัน⁵⁹

จากงานมอเตอร์โชว์ครั้งที่ 43 ระหว่างวันที่ 23 มีนาคม–3 เมษายน พ.ศ. 2565 พบว่า **กระแสความนิยมในการใช้รถ EV เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ยอดจอร์ถยนต์เติบโตขึ้นร้อยละ 13.6 จากปีที่ผ่านมา และจากยอดจอร์ถยนต์รวมทั้งสิ้น 33,936 คัน เป็นรถยนต์ EV จำนวน 3,084 คัน คิดเป็นร้อยละ 9 ของยอดจอร์ถยนต์ทั้งหมด**^{60,61}

และเพื่อเป็นการสนับสนุนนโยบายการใช้ยานยนต์ไฟฟ้า การไฟฟ้าฝ่ายผลิต (กฟผ.) ได้วางแผนการขยายสถานีอัดประจุไฟฟ้า (สถานีชาร์จ) ทั่วประเทศ⁶² โดย **โครงการ “Elex by EGAT”** ซึ่ง กฟผ. เปิดรับพันธมิตรธุรกิจเพื่อขยายพื้นที่ครอบคลุม ซึ่งได้เริ่มแล้วตั้งแต่ พ.ศ. 2565 โดยในระยะแรกให้ได้ไม่น้อยกว่า 120 สถานี โดย 80 สถานีเป็นสถานีชาร์จเร็วแบบ 2 หัวจ่ายในที่สาธารณะทั่วไป ส่วนอีก 40 สถานีเป็นการติดตั้งบริเวณสำนักงาน และได้ร่วมมือกับการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค (กฟภ.) และการไฟฟ้านครหลวง (กฟน.) **เพื่อการขยายการชาร์จเข้าไปในบ้านเรือนที่พักอาศัย เพื่อสนับสนุนการใช้ยานยนต์ไฟฟ้าในระดับครัวเรือน**



ที่มา : thainews.prd.go.th/en/news/print_news/TCATG210410192049650

ในการพัฒนาเครื่องชาร์จสำหรับติดตั้งภายในบ้านนั้น กฟผ. ได้ร่วมมือกับสำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) ในการพัฒนา **เครื่องชาร์จสำหรับติดตั้งที่บ้านภายใต้ตราสินค้า Wallbox โดยขยายการชาร์จจาก 60 กิโลวัตต์ เป็น 150 กิโลวัตต์ และยังสามารถพัฒนาระบบ BackEN ซึ่งเป็นระบบบริหารจัดการโครงข่ายสถานีชาร์จของลูกค้าและพันธมิตรธุรกิจของ กฟผ. ทั่วประเทศ** โดยระบบนี้จะเชื่อมต่อกับผู้ให้บริการทุกรายเพื่อให้สามารถติดตามผลลัพธ์การดำเนินงานของสถานีชาร์จอย่างมีประสิทธิภาพ⁶³ และมีการพิจารณาค่าไฟฟ้าอัตราพิเศษสำหรับผู้ประกอบการรายย่อย เช่น อพาร์ทเมนต์ สำนักงาน โรงแรม รีสอร์ท สนามกอล์ฟ วินมอเตอร์ไซค์ อีกด้วย

กฟผ. ยังได้ดำเนินกลยุทธ์ Triple S ซึ่งเป็นการพัฒนาการผลิตและส่งไฟฟ้าด้วยนวัตกรรมและเทคโนโลยีที่จะช่วยสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายความเป็นกลางทางคาร์บอนใน พ.ศ. 2593 และการปล่อยก๊าซเรือนกระจกเป็นศูนย์ในพ.ศ. 2608⁶⁴ กลยุทธ์ดังกล่าวประกอบด้วย

1 Sources Transformation เป็นการปรับการผลิตและส่งไฟฟ้าเพื่อลดก๊าซเรือนกระจกจากแต่เดิม กฟผ. ผลิตไฟฟ้าจากพลังงานฟอสซิลเป็นหลัก **จะปรับเพิ่มสัดส่วนการผลิตไฟฟ้าจากพลังงานหมุนเวียน หรือพลังงานทดแทนซึ่งเป็นพลังงานสะอาด ปรับปรุงโรงไฟฟ้า และระบบไฟฟ้าด้วยเทคโนโลยีใหม่ การใช้ระบบกักเก็บพลังงาน อาทิ โรงไฟฟ้าพลังน้ำแบบสูบกลับ แบตเตอรี่กักเก็บพลังงาน (battery energy storage system : BESS) และระบบกักเก็บพลังงานแบบไฮโดรเจน**

ด้านอุตสาหกรรม

ในการขับเคลื่อนมาตรการลดก๊าซเรือนกระจกในภาคอุตสาหกรรมนี้ กรมโรงงานอุตสาหกรรม ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักที่ได้รับมอบหมายมาตั้งแต่ต้น ได้ทำข้อตกลงในการทำงานร่วมกันกับภาครัฐ ภาควิชาชีพ ภาคอุตสาหกรรม และภาคการศึกษา เพื่อผลักดันการใช้ปูนซีเมนต์ลดก๊าซเรือนกระจกซึ่งได้เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ พ.ศ. 2564

อุตสาหกรรมก่อสร้างคิดเป็นร้อยละ 7.7 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (gross domestic product : GDP) ซึ่งในช่วง 5 ปีที่ผ่านมามีความต้องการในการใช้ปูนซีเมนต์ราว 30-35 ล้านตันต่อปี การส่งเสริมการใช้ปูนซีเมนต์ลดก๊าซเรือนกระจกจึงมีบทบาทสำคัญต่อการดำเนินการตาม NDC Roadmap⁶⁶

โดยภาคที่สำคัญคือ สมาคมอุตสาหกรรมปูนซีเมนต์ไทย (Thai Cement Manufacturers Association : TCMA) ซึ่งได้ประกาศ "Mission 2023" มีเป้าหมายในการขับเคลื่อนเพื่อลดก๊าซเรือนกระจก 3 แผนงานหลัก ได้แก่ (1) การสนับสนุนให้ภาคส่วนต่างๆ ที่อยู่ในความร่วมมือใช้ปูนซีเมนต์ไฮดรอลิก ซึ่งเป็นนวัตกรรมปูนซีเมนต์เพื่อลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก ปัจจุบันมีหน่วยงานที่อยู่ในความร่วมมือ 16 หน่วยงาน และ 5 กระทรวง (2) การพัฒนาเหมืองสู่ความยั่งยืน โดยการสนับสนุนให้สมาชิกดำเนินการตามนโยบายเหมืองแร่สีเขียว (green mining) ซึ่งเป็นการทำเหมืองแร่ที่ลดการเกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม มีการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย รวมทั้งการบริหารจัดการฟื้นฟูสภาพพื้นที่ปลูกต้นไม้เพื่อดูดซับคาร์บอนไดออกไซด์หลังการทำเหมือง และปรับให้เป็นแหล่งเรียนรู้สำหรับชุมชน

2 Sink Co-creation เป็นการเพิ่มแหล่งดูดซับกักเก็บคาร์บอน ได้แก่ การปลูกป่า รวมทั้งการแสวงหาและพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อการดักจับและใช้ประโยชน์จากคาร์บอน (carbon capture, utilization and storage : CCUS) มาใช้กับโรงไฟฟ้าของ กฟผ. และ

3 Support Measures Mechanism คือการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการลดก๊าซเรือนกระจกในภาคประชาชน เพื่อให้เกิดพลังในการช่วยกันลดก๊าซเรือนกระจกในวงกว้างด้วยการลดการใช้ไฟฟ้า โดยใช้กิจกรรมต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นโครงการฉลากประหยัดไฟเบอร์ 5 การสร้างแพลตฟอร์มสำหรับครัวเรือนเพื่อติดตามอุปกรณ์ไฟฟ้าที่มีปริมาณการใช้มาก ๆ เช่น เครื่องปรับอากาศ ตู้เย็น เครื่องซักผ้า ฯลฯ

บริษัท บางจากปิโตรเลียม จำกัด (มหาชน) ก็ได้ประกาศนโยบายแนวคิด **“บางจาก 100X – 100 ไอเดียเพื่อโลกยั่งยืน” (Bangchak 100X – 100 Ideas for Sustainable World)** ในโอกาสที่บางจากจะก้าวสู่ปีที่ 38 ตั้งเป้าหมายการเป็นองค์กรยั่งยืน 100 ปี **ลดสัดส่วนรายได้จากพลังงานฟอสซิล : ธุรกิจสีเขียว จากปัจจุบัน 60 : 40 ให้เป็น 50 : 50 ในพ.ศ. 2593** และจะสร้างสัดส่วนรายได้ที่เป็นพลังงานสะอาดให้ได้ร้อยละ 70 รวมทั้งการร่วมมือกับ องค์กรพันธมิตรเพื่อสร้างเครือข่ายซื้อขายคาร์บอนเครดิต ซึ่งได้เริ่มซื้อขายคาร์บอนแล้วกว่า 6 หมื่นตันคาร์บอนเทียบเท่า⁶⁵

นอกจากนี้ การปิโตรเลียมแห่งประเทศไทย (ปตท.) ก็ได้ประกาศแนวร่วมในการบรรลุเป้าหมายความเป็นกลางทางคาร์บอน และลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกเป็นศูนย์ของประเทศไทย ด้วยการดำเนิน 3 แนวทางหลัก (3 P) ได้แก่

1 การลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกในกระบวนการผลิตของ ปตท. ให้มากขึ้น (Pursuit of Lower Emissions) ผ่านโครงการสำคัญ ๆ เช่น การดักจับและกักเก็บคาร์บอนไดออกไซด์ (carbon capture and storage : CCS) ในพื้นที่บริเวณอ่าวไทย และพื้นที่บนฝั่งในภาคตะวันออก การนำคาร์บอนไดออกไซด์ไปใช้ประโยชน์สูงสุด (carbon capture and utilization : CCU) เพื่อต่อยอดเป็นผลิตภัณฑ์เพื่อลดการปลดปล่อยสู่ชั้นบรรยากาศ

2 การเพิ่มสัดส่วนการลงทุนโดยมุ่งธุรกิจพลังงานสะอาด และการเติบโตในธุรกิจใหม่ (Portfolio Transformation) โดยตั้งเป้าไว้ว่าภายใน 10 ปีงบประมาณการลงทุนของปตท. ร้อยละ 30 จะมุ่งไปที่พลังงานสะอาด และ

3 การเพิ่มปริมาณการดูดซับก๊าซเรือนกระจกจากชั้นบรรยากาศด้วยวิธีทางธรรมชาติ เช่นการปลูกป่า โดยประสานความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ (Partnership with Nature and Society)

ด้านการเกษตร

(3) การสร้างระบบจัดการวัสดุที่ไม่ใช้แล้ว และของเสียต่าง ๆ เพื่อสนับสนุน เศรษฐกิจหมุนเวียน (Circular Economy) โดยสามารถนำวัสดุที่ไม่ใช้แล้วและของเสียกว่า 1.5 ล้านตันในแต่ละปีมาเป็นเชื้อเพลิงในเตาเผาปูนซีเมนต์แบบ co-processing รวมทั้งการนำเศษคอนกรีตจากการก่อสร้าง การรีไซเคิลมาใช้งานต่อไป⁶⁷

นอกจากนี้การนิคมอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย และสภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทยได้ลงนามในข้อตกลงความร่วมมือกับ อบก. เมื่อ พ.ศ. 2562 เพื่อพัฒนาอุตสาหกรรมในพื้นที่นิคมอุตสาหกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งพื้นที่บริเวณระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออก ให้มีผลการปล่อยก๊าซเรือนกระจก และมีการบริหารจัดการที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เป็นพื้นที่อุตสาหกรรมคาร์บอนต่ำต้นแบบอุตสาหกรรมเชิงนิเวศของประเทศ โดยทำงานร่วมกับภาคส่วนต่าง ๆ ตลอดห่วงโซ่การผลิต ตั้งแต่ผู้จำหน่ายวัตถุดิบไปจนถึงชุมชนที่อยู่รอบอุตสาหกรรม⁶⁸ และการดำเนิน “โครงการขยายผลการส่งเสริมการจัดทำคาร์บอนฟุตพริ้นท์ขององค์กร (Carbon Footprint for Organization : CFO) ในภาคอุตสาหกรรม” ซึ่งเป็นพื้นฐานที่จะช่วยให้ภาคอุตสาหกรรมสามารถกำหนดแนวทางการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ขององค์กร เช่น การเผาไหม้ของเชื้อเพลิง การใช้ไฟฟ้า การจัดการของเสีย และการขนส่งให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โครงการดังกล่าวดำเนินมาตั้งแต่ พ.ศ. 2556 ปัจจุบันเข้าสู่ระยะที่ 7 โดยในแต่ละปีจะมีองค์กรอุตสาหกรรมเข้าร่วมโครงการทั้งแบบที่ขอรับงบประมาณสนับสนุน และรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเองประมาณ 30 แห่ง⁶⁹

เป็นที่น่าสังเกตว่า ในมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2559 มีการระบุหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ให้ดำเนินการในประเด็นการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศร่วมกัน ประกอบด้วยกระทรวงพลังงาน กระทรวงคมนาคม กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และมีกระทรวงเกษตรและสหกรณ์รวมอยู่ด้วย อีกทั้งในการประชุมคณะอนุกรรมการการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศด้านการบูรณาการนโยบายและแผนครั้งที่ 1/2559 เมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม พ.ศ. 2559 ก็ได้มีการแต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแผนการลดก๊าซเรือนกระจกของประเทศ โดยองค์ประกอบของคณะทำงานดังกล่าวประกอบด้วยผู้แทนหน่วยงานและผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องได้แก่ สาขาพลังงานและขนส่ง สาขากระบวนการทางอุตสาหกรรม สาขาเกษตรและการใช้ประโยชน์ที่ดิน การเปลี่ยนแปลงการใช้ประโยชน์ที่ดินและป่าไม้ สาขาการจัดการของเสีย และการจัดแผนการลดก๊าซเรือนกระจกของประเทศในภาพรวม

แต่ในการกำหนดมาตรการเพื่อลดก๊าซเรือนกระจก และหน่วยงานที่รับผิดชอบในแต่ละสาขาตาม NDC Roadmap ไม่ปรากฏว่ามีกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ระบุไว้เพียงว่า “...สาขาพลังงานและขนส่ง สาขากระบวนการทางอุตสาหกรรม และการใช้ผลิตภัณฑ์ และสาขาการจัดการของเสีย เป็นสาขาที่แผนหลักของหน่วยงานมีความพร้อม และมีศักยภาพในการดำเนินงานที่สามารถสนับสนุนการลดก๊าซเรือนกระจกได้”⁷⁰

ในประเด็นนี้ NDC Roadmap ได้รับการวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับความครอบคลุมภาคส่วนที่สำคัญ ๆ อย่างเช่น ภาคการเกษตร ซึ่งเป็นภาคที่มีปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจกมากเป็นอันดับ 2 รองจากภาคพลังงาน ซึ่ง**จากข้อมูลพ.ศ. 2559 ภาคเกษตรปล่อยก๊าซเรือนกระจก 354 ล้านตันคาร์บอนเทียบเท่า ซึ่งสูงกว่าภาคอุตสาหกรรมและการใช้ผลิตภัณฑ์ และภาคของเสีย (waste)⁷¹**

อย่างไรก็ตาม กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ได้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการด้านการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศภาคเกษตร ประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ การสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ การปรับตัวเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ การมีส่วนร่วมของภาคเกษตรในการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของประเทศ และการเสริมสร้างขีดความสามารถในการบริหารจัดการ⁷²

ในการปรับวิธีการทำการเกษตรเพื่อลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกนั้น กระทรวงเกษตรฯ มี**โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการผลิตและลดภาวะโลกร้อนจากการทำนาเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (Thai Rice Nationally Appropriate Mitigation Action หรือ Thai Rice NAMA)** เป็นตัวอย่างที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนวิถีการทำนาข้าวซึ่งแต่เดิมมีส่วนในการปล่อยก๊าซเรือนกระจกปริมาณมากจากทั้งการปรับหน้าดิน การใช้น้ำ การใช้ปุ๋ย คาดว่าในการทำนาข้าวในแต่ละปีปล่อยก๊าซเรือนกระจกสูงถึงร้อยละ 55 ของการปล่อยก๊าซเรือนกระจกในภาคเกษตรทั้งหมด และการทำนาข้าวของไทยปล่อยก๊าซเรือนกระจกมากเป็นอันดับ 4 ของโลกเมื่อเทียบกับประเทศอื่น ๆ การขังน้ำในนาข้าวในพื้นที่เขตนานาชลประทานทำให้เกิดการปล่อยก๊าซมีเทนซึ่งมีผลต่อการเพิ่มอุณหภูมิของโลกสูงกว่าคาร์บอนไดออกไซด์ถึง 28 เท่า

โครงการ Thai Rice NAMA ได้รับการสนับสนุนจาก NAMA Facility เป็นส่วนหนึ่งของ Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ)

ด้านการจัดการของเสียชุมชน

ซึ่งเป็นองค์กรพัฒนาระหว่างประเทศของสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี เพื่อช่วยพัฒนาการปลูกข้าวของไทยให้สามารถเพิ่มผลผลิต เพิ่มคุณภาพ เพิ่มรายได้ ลดต้นทุนการผลิต ลดการใช้น้ำ และลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก มีการใช้เทคนิคการปรับระดับหน้าดินด้วยระบบเลเซอร์ (laser land leveling : LLL) การทำนาเปียกสลับแห้งเพื่อลดการใช้น้ำและน้ำมันเชื้อเพลิงจากการสูบน้ำ การจัดการปุ๋ยตามค่าวิเคราะห์ดิน และการแปรสภาพฟางข้าวและจัดการตอซังแบบไม่ต้องเผา⁷³

นอกจากนี้ การยางแห่งประเทศไทย (กยท.) ได้ดำเนินโครงการ “**บริหารจัดการคาร์บอนเครดิตในพื้นที่สวนยางพารา**” ซึ่งไม่เพียงแต่ลดปริมาณการปล่อยก๊าซเรือนกระจก แต่ยังเป็น**การเพิ่มรายได้จากคาร์บอนเครดิตให้แก่ชาวสวนยางพาราอีกด้วย** โดย กยท. ได้ขึ้นทะเบียนเข้าร่วมโครงการลดก๊าซเรือนกระจกภาคสมัครใจตามมาตรฐานของประเทศไทย (Thailand Voluntary Emission Reduction Program : TVER) เมื่อ พ.ศ. 2565 และมีแผนการขอรับรองคาร์บอนเครดิตเพื่อขายในตลาดคาร์บอน ทั้งนี้เนื่องจากยางพาราเป็นไม้ยืนต้นที่สามารถเก็บก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ได้ดี ตั้งแต่ต้นยางอายุ 1-18 ปี โดยเฉพาะในช่วง 1-5 ปีแรกก่อนเปิดกรีด ควบคู่กับการลดการใช้ปุ๋ยเคมี ลดปัจจัยการผลิตต่าง ๆ ลดการใช้น้ำเชื้อเพลิงในกระบวนการผลิตและการขนส่ง⁷⁴

โครงการนี้เริ่มต้นด้วยการใช้สวนยางพาราของ กยท. 20,000 ไร่ ในจังหวัดนครศรีธรรมราชเป็นต้นแบบเพื่อทดลอง ถอดบทเรียน และถ่ายทอดองค์ความรู้ เพื่อขยายพื้นที่ดำเนินการให้ครอบคลุมพื้นที่ปลูกยางพาราทั่วประเทศที่อยู่ภายใต้การดูแลของ กยท. 22 ล้านไร่

การดำเนินงานด้านการจัดการของเสียชุมชนได้รับการสนับสนุนอย่างมากจากภาคเอกชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เกี่ยวกับการผลิตและจำหน่ายสินค้าที่ใช้ในชีวิตประจำวันเช่นกลุ่มธุรกิจค้าปลีกที่พร้อมใจกันประกาศนโยบายลดใช้ถุงพลาสติก โดยกลุ่มเซ็นทรัลและธุรกิจโนเครอตั้งเป้าหมายลดการใช้ถุงพลาสติก 150 ล้านใบในพ.ศ. 2562 แพมลิ้มมาร์ท ทรนรงค์ให้ลูกค้าปฏิเสธรับถุงพลาสติก เทสโก้ โลตัส ประกาศเลิกใช้บรรจุภัณฑ์ใส่อาหารที่ทำจากโฟม ทุกชนิดตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2562 เป็นต้นมาทำให้สามารถลดการใช้โฟมลงได้ 51 ตันต่อปี เซเว่น อีเลฟเว่น มีโครงการ “**ลดวันละถุง..คุณทำได้**” ซึ่งเป็นโครงการที่ต่อเนื่องจากโครงการ “**คิดถุง**” ซึ่งจูงใจลูกค้าให้ปฏิเสธการใช้ถุงพลาสติกด้วยการเปลี่ยนเป็นเงิน 20 สตางค์ต่อถุงนำไปสมทบทุนซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์ให้โรงพยาบาลต่าง ๆ เดอะมอลล์ กรุ๊ป จำกัด ทรนรงค์ให้ลูกค้านำถุงผ้ามาเอง หากจำเป็นต้องใช้ถุงพลาสติกจะมีมูลค่า 1 บาทเพื่อนำไปสนับสนุนงานด้านอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม

การรณรงค์ของอุตสาหกรรมค้าปลีกเหล่านี้มีผลอย่างมากต่อการปรับพฤติกรรมของประชาชนให้มีความเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมมากขึ้น และ**ลดปริมาณขยะซึ่งปัจจุบันคนไทยสร้างขยะเฉลี่ยคนละ 1.2 กิโลกรัมต่อคน หรือราว 27.8 ล้านตันต่อปี ใช้ถุงพลาสติกหิ้วราว 45,000 ล้านใบต่อปี บรรจุภัณฑ์โฟมราว 6,700 ล้านชิ้นต่อปี แก้วและขวดพลาสติกราว 9,750 ล้านใบต่อปี**⁷⁵

นอกจากการดำเนินงานของภาคเอกชนแล้ว องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประเทศไทยจัดให้มีโครงการถังขยะเปียกลดโลกร้อน ซึ่งเป็นโครงการลดก๊าซเรือนกระจกภาคสมัครใจ (T-VER) และได้รับการขึ้นทะเบียนกับคณะกรรมการพิจารณาโครงการและกิจกรรมก๊าซเรือนกระจก อบก. เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 ซึ่งโครงการดังกล่าวครอบคลุม 36,644,309ครัวเรือน โรงเรียน 1,701 แห่ง และศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 18,935 แห่ง ที่อยู่ในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และมีเป้าหมายดำเนินการไปถึงระดับการซื้อขายคาร์บอนเครดิต⁷⁶

รวมทั้งโมเดล “**ขยะสร้างสุข**” ซึ่งริเริ่มโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งเป็นโมเดลการจัดการขยะอย่างครบวงจร เริ่มตั้งแต่การจัดถังคัดแยกขยะทั่วไป ขยะรีไซเคิล ขยะอันตราย และขยะอันตราย ชั่งน้ำหนักและบันทึกขยะแต่ละประเภท โดยขยะรีไซเคิลส่งต่อไปยังชุมชนเพื่อสร้างรายได้ให้แก่ชุมชน ส่วนขยะอันตรายนำเข้าสู่กระบวนการย่อยสลายเพื่อทำเป็นปุ๋ยหมักและแก๊สชีวภาพ ซึ่งโมเดลนี้ได้รับการรับรองจาก สภาอาคารสีเขียวสหรัฐอเมริกา (The US Green Building Council : USGBC) ประเทศสหรัฐอเมริกาได้รับรองให้อาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาพเป็นอาคารประหยัดพลังงานในระดับแพลตินัม⁷⁷



รายการ “สุขภาพ” ตอนที่ 5 ของ สสส. ประชาสัมพันธ์โมเดล “ขยะสร้างสุข”

ที่มา : www.thaihealth.or.th/รายการสุขภาพ-ep-5-ขยะสร้างสุข

การปลูกป่า

การเพิ่มพื้นที่สีเขียว และการปลูกป่า เป็นการดำเนินงานสำคัญอีกอย่างหนึ่งในการบรรลุความเป็นกลางทางคาร์บอน และการปล่อยก๊าซเรือนกระจกสุทธิเป็นศูนย์ เนื่องจากต้นไม้ช่วยผลิตก๊าซออกซิเจน และดูดซับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ได้ ซึ่งต้นไม้แต่ละชนิดสามารถดูดซับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ได้แตกต่างกัน แต่โดยเฉลี่ยแล้วต้นไม้ยืนต้น 1 ต้น สามารถดูดซับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ได้เฉลี่ย 9-15 กิโลกรัมคาร์บอนไดออกไซด์เทียบเท่าต่อปี⁷⁸

รัฐบาลได้มีการออกเป็นนโยบายป่าไม้แห่งชาติที่กำหนดให้มีการเพิ่มพื้นที่สีเขียวทุกประเภทให้ได้ร้อยละ 55 ภายใน พ.ศ. 2580 โดยมีกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินนโยบายดังกล่าว⁷⁹ และมีหน่วยงานอื่นทั้งภาครัฐและเอกชนให้การสนับสนุน อาทิ ปตท. ตั้งเป้าหมายปลูกป่าเพิ่มเติม 2 ล้านไร่ โดย ปตท. จะดำเนินการเอง 1 ล้านไร่ และความร่วมมือกับบริษัทในกลุ่ม ปตท. อีก 1 ล้านไร่ ภายในพ.ศ. 2573 (ค.ศ. 2030)⁸⁰ กพผ. ตั้งเป้าในการปลูกป่าให้ได้ล้านไร่ภายใน พ.ศ. 2574 ร่วมกับกรมป่าไม้ กรมอุทยานสัตว์ป่าและพันธุ์พืช และกรมทรัพยากรทางทะเลและชายฝั่ง นอกจากนี้ บริษัทปูนซิเมนต์ไทยก็ได้มีโครงการปลูกต้นไม้อย่างต่อเนื่องไม่ว่าจะเป็นโครงการ “ปลูกด้วยรัก ปลูกด้วยใจ” ดำเนินการปลูกต้นไม้ 150,000 ต้นตลอด พ.ศ. 2564 โครงการ “ปลูก ลด ร้อน” เพื่อรณรงค์การปลูกต้นไม้ให้ได้ 3 ล้านไร่ และปลูกป่าโกงกาง 3 หมื่นไร่ ภายใน พ.ศ. 2593 (ค.ศ. 2050) บริษัท เจริญโภคภัณฑ์อาหาร จำกัด (มหาชน) หรือซีพีเอฟ ก็ได้ดำเนินโครงการ “ปลูก ปัน ป้อง ป่าชายเลน” มาตั้งแต่ พ.ศ. 2557 (ค.ศ. 2014) โดยร่วมมือกับทั้งภาครัฐและชุมชน อนุรักษ์ป่าชายเลนรวม 500 ไร่ และปลูกใหม่เพิ่มเติมระหว่าง พ.ศ. 2562-2566 (ค.ศ. 2019-2023) รวม 104 ไร่ รวมทั้งจะปลูกต้นไม้ในสถานประกอบการให้ครอบคลุมพื้นที่ 20,000 ไร่ ภายใน พ.ศ. 2573 (ค.ศ. 2030)



กลไกภาษีและการเงิน

กรมสรรพสามิตกำลังศึกษาแนวทางการเก็บภาษีคาร์บอนเพื่อกระตุ้นให้ภาคธุรกิจลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกซึ่งคาดว่าจะมีความสำคัญอย่างยิ่งในการสนับสนุนให้บรรลุเป้าหมาย Carbon Neutral และ Net Zero ซึ่งภาษีคาร์บอนอาจทำได้ 2 แนวทาง โดยแนวทางแรกเป็นการกำหนดอัตราจัดเก็บภาษีคาร์บอนต่อตันคาร์บอนเทียบเท่า ซึ่งรัฐจะอนุญาตให้โรงงานปล่อยคาร์บอนไดออกไซด์ได้จำนวนหนึ่ง โดยจะเก็บภาษีในกรณีที่มีการปล่อยเกินกำหนด ซึ่งเป็นแนวทางที่ใช้แล้วในยุโรป สิงคโปร์ และญี่ปุ่น ส่วนอีกแนวทางเป็นการซื้อขายแลกเปลี่ยนก๊าซเรือนกระจก โดยภาคอุตสาหกรรมสามารถซื้อคาร์บอนเครดิตจากโรงงานที่ปล่อยคาร์บอนน้อยได้ ซึ่งแนวทางนี้มีใช้ในประเทศจีน และเยอรมนี⁸¹ ส่วนมาตรการภาษีเพื่อจูงใจผู้ประกอบการยานยนต์อีวีนั้น ได้ดำเนินการไปแล้ว

นอกจากมาตรการภาษีแล้ว กลไกทางการเงินและการลงทุนนับเป็นสิ่งสำคัญในการผลักดันให้การลดก๊าซเรือนกระจกดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เนื่องจากต้องอาศัยเทคโนโลยีใหม่ ๆ การปรับปรุงพฤติกรรมและกระบวนการทำงาน ต้องอาศัยเงินทุนทั้งสิ้น

การคลังสีเขียว (green finance) เป็นประเด็นที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับการหารือทุกระดับ และทุกเวที ทำให้ภาคการคลังมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อยุทธศาสตร์การลดก๊าซเรือนกระจก ซึ่งธนาคารแห่งประเทศไทยและตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทยมีบทบาทสำคัญในการผลักดัน green finance ด้วยการพัฒนากลไกเชื่อมต่อระหว่างบริษัทจดทะเบียน และนักลงทุนที่ดำเนินธุรกิจตามแนวทาง สิ่งแวดล้อม สังคม และธรรมาภิบาล (environment, social, and governance : ESG) เพื่อจูงใจให้เกิดการลงทุนที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการพัฒนาตราสารที่เกี่ยวข้องกับ green finance เช่น ตราสารหนี้สีเขียว (green bond) หรือสินเชื่อเพื่อโครงการที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม รวมทั้งบัญชีเงินฝากสีเขียว (green deposit) ซึ่งเป็นบัญชีเงินฝากที่จะนำไปใช้ในโครงการเพื่อสิ่งแวดล้อมและความยั่งยืนของสังคม⁸²

ป่าชายเลนในจังหวัดระนอง

ที่มา : projects.dmcg.go.th/miniprojects/115/news/274/detail/49024

บทส่งท้าย และข้อเสนอแนะ

กว่าที่เด็กไทยที่เกิดในพ.ศ. 2566 จะรู้ว่าแผนที่นำทางการลดก๊าซเรือนกระจกที่ทำขึ้นในวันนี้จะได้ผลหรือไม่ ก็ต้องมีอายุย่างเข้าเกือบปีที่ 70 ณ ตอนนั้น มหานาวาโลกจะเอี้ยวลำหูลการกระแทกกับวิกฤตสภาพภูมิอากาศได้มากน้อยเพียงใด ก็ยากจะเดา

อย่างไรก็ตาม สิ่งสำคัญที่สุดคือ คนในรุ่นปัจจุบันที่แม้จะไม่สามารถมีชีวิตยืนยาวอยู่จนเห็นผลของการดำเนินการนั้น ต้องทำทุกอย่างอย่างเต็มที่กำลัง

แผนที่นำทางฯ ที่มีอยู่ในขณะนี้แม้กำลังรอความชัดเจนในการปรับรายละเอียดเพื่อให้สอดคล้องกับการขยับเป้าหมายที่ไทยให้ไว้ในที่ประชุม คอป 26 แต่ก็ก็นับว่ามีความครอบคลุมในแง่ของสาขาที่เกี่ยวข้องกับการปล่อยก๊าซเรือนกระจก ไม่ว่าจะเป็น สาขาพลังงาน และขนส่ง สาขากระบวนการทางอุตสาหกรรมและการใช้ผลิตภัณฑ์ และสาขาการจัดการของเสีย

แต่ลักษณะของแผนที่นำทางยังคงมีลักษณะความเป็น แผน ของ ภาครัฐ ที่ แสดง ขอบเขต การดำเนินงานภายในหน่วยราชการเป็นหลัก และแม้จะมีการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานของภาครัฐ แต่ก็ยังเป็นที่น่ากังวลว่าประสิทธิภาพการทำงานข้ามภาคส่วน ข้ามกระทรวง จะทำได้มากน้อยเพียงใด ซึ่งในประเด็นนี้ต้องมีตำแหน่ง และหน่วยงานที่มีอำนาจ และดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เป็นระเบียบวาระของชาติที่มีความเข้มข้นคงที่อยู่ตลอดเวลา

นอกจากนี้ ภาคการเกษตรซึ่งเป็นภาคใหญ่ในแง่ที่มีส่วนในการปล่อยก๊าซเรือนกระจกเป็นจำนวนมาก และเกี่ยวเนื่องกับเกษตรกรจำนวนมากที่ยังไม่สามารถปรับวิธีการทำการเกษตรให้สอดคล้องกับการรักษาสภาพภูมิอากาศได้ ควรที่จะมีแผนที่นำทางเฉพาะเนื่องจากแทบจะเป็นการเปลี่ยนโมเดลการทำการเกษตร ต้องอาศัยทั้งความรู้และงบประมาณจำนวนมาก เท่าที่มีการขับเคลื่อนอยู่ในปัจจุบันเป็นการทดลองนำร่อง ไม่ว่าจะเป็น Rice NAMA หรือสวนยางพารา ที่ยังต้องการความชัดเจนเกี่ยวกับแนวทางการขยายผลให้กว้างขวางขึ้น

ภาคเอกชนนับว่ามีความก้าวหน้าและดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ส่วนหนึ่งเนื่องจากเกี่ยวข้องกับผลกำไร ในแต่ละเดือนแต่ละปี ซึ่งเป็นความอยู่รอดของธุรกิจ แรงกดดันจากข้อกำหนดของคู่ค้าด้วยกันและเงื่อนไขการนำเข้าส่งออกของประเทศคู่ค้าทำให้ภาคเอกชนมีความกระตือรือร้น

นอกจากนี้ภาคเอกชนยังมีความคล่องตัวในการตัดสินใจ ดำเนินการ ทั้งยังเกี่ยวข้องกับผู้บริโภคของโลก ซึ่งสามารถสร้างแรงผลักดันและการเปลี่ยนแปลงได้อย่างมหาศาล

ในประเด็นนี้ การสนับสนุนและทำงานร่วมกับภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาควิชาการ อย่างเข้มข้นและจริงจังในลักษณะที่เป็นหุ้นส่วน สร้างกลไกและระบบนิเวศที่ทำให้ทุกภาคส่วนเข้ามา ร่วมกันทำงานด้านนี้ย่อมมีประสิทธิภาพ จึงเป็นกลไกที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง และควรเป็นยุทธศาสตร์หลักของแผนที่นำทาง...ตราบได้ ที่ทัศนคติและพฤติกรรมของผู้บริโภคไม่เปลี่ยน ก็เป็นการยากที่ การลดก๊าซเรือนกระจกจะบรรลุเป้าหมาย เพราะสภาพภูมิอากาศโลกที่เปลี่ยนแปลงอยู่ทุกวันนี้เกิดจากการกระทำสังคมน (collective actions) ของผู้คน ซึ่งหมายถึงผู้บริโภคทุกคน

การเคลื่อนไหวที่ผ่านมาเพื่อการรณรงค์ให้คน “รักษ์” โลก นับว่าประสบความสำเร็จไปแล้วขั้นหนึ่ง โดยเฉพาะกับคนรุ่นใหม่ที่มีความตื่นตัวเรื่องสภาพภูมิอากาศและสิ่งแวดล้อมมากขึ้น สิ่งสำคัญคือการรักษาให้ความตื่นตัวนี้ไม่แผ่วจางไป การมีตัวเลขดัชนีความเสื่อมถอย และความก้าวหน้าในการรักษาสภาพภูมิอากาศ และสิ่งแวดล้อม ในระดับย่อย ตั้งแต่ระดับบุคคล ชุมชน จังหวัด อย่างต่อเนื่องจะเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะรักษาให้ทุกภาคส่วน และทุกคนตื่นตัวอยู่ตลอดเวลา

โลกกำลังรวนไปเป็นโลกคนละใบที่ผู้คนไม่เคยรู้จักมาก่อน แม้กระนั้น ก็เป็นโลกที่ทุกคนต้องอยู่อาศัยให้ได้ต่อไป ด้วยการทำความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ และทะนุถนอม อย่างรู้สำนึกในคุณูปการของโลกที่ บันดาลชีวิตและความเป็นอยู่ให้แก่มวลมนุษยชาติตลอดมา

“ ผู้เฒ่าผู้แก่

เคยอาศัยการสังเกตต้นไม้ใบหญ้าบนผืนดิน แล้วชี้จุดขุดบ่อหาน้ำได้แม่นยำอย่างน่าฉงนกว่าถึงวันนี้สรรพวิชาพื้นถิ่นหลายต่อหลายอย่าง ซึ่งล้วนอาศัยการสังเกตเรียนรู้มานับพัน ๆ ปี กำลังคลายนต์ขลังลงด้วยภาวะแปลกปลอม ซึ่งเบียดแทรกเข้ามาในธรรมชาติ ยิ่งยงเดียวกับที่เทคโนโลยีแห่งการขุดบ่อบาดาล ทำให้สายน้ำใต้ดินหักเหเส้นทาง ผู้เฒ่านักชี้ตานั้นได้แต่นั่งพินิจเบ็ดดิน งุนงงเสมือนมันได้กลายเป็นแผ่นดินอื่น ไปเสียแล้ว ”

เกณฑ์ในการจัดทำรายงานสุขภาพคนไทย 2566



ส่วนที่ 1 : ตัวชี้วัดทางสุขภาพ

กระบวนการทำงาน

- 1 การคัดเลือกประเด็นเด่นตัวชี้วัดทางด้านประชากร โดยผ่านคณะกรรมการชี้ทิศทางร่วมกันกับคณะทำงานโครงการฯ
- 2 ติดต่อผู้เชี่ยวชาญ ที่มีความรอบรู้ในดัชนีชี้วัดที่กำหนดไว้ มีแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ และข้อมูลนั้นมีการจัดเก็บทุกปี เพื่อขอข้อมูลที่ทันสมัย
- 3 กำหนดกรอบเวลาในการเขียนบทความ คณะทำงานรับผิดชอบหลักในแต่ละหมวด ได้ทราบถึงแนวทางการเขียน วัตถุประสงค์ของการนำเสนอแต่ละหมวดตัวชี้วัด และข้อกำหนดเวลาเบื้องต้นในค้นคว้าหาข้อมูล และจัดทำเนื้อหา
- 4 ร่างเนื้อหาตัวชี้วัดสุขภาพ
- 5 ประชุมระดมสมอง พิจารณาร่างงานตัวชี้วัด เพื่อร่วมพิจารณาความเหมาะสม ความครอบคลุมของเนื้อหาและความซ้ำซ้อนของตัวชี้วัด โดยผ่านการประชุมคณะทำงานที่สุขภาพคนไทย และคณะกรรมการชี้ทิศทางสุขภาพคนไทย
- 6 ผู้ทรงคุณวุฒิ อ่านบททวนหมวดตัวชี้วัดสุขภาพ โดยอ่านภาพรวมทุกหมวดในชุดตัวชี้วัดสุขภาพคนไทย พร้อมให้คำแนะนำในการปรับแก้ไขงาน

เกณฑ์ในการจัดทำเนื้อหาตัวชี้วัด

- 1 ค้นหาสาระสำคัญ (key message) ของหมวดที่จะนำเสนอ เพื่อให้เนื้อหาไม่กระจัดกระจายในการนำเสนอ
- 2 ค้นหาสถิติข้อมูลเกี่ยวกับตัวชี้วัดแต่ละตัวที่คัดเลือก โดยเน้นข้อมูลรายปี เพื่อนำเสนอแนวโน้ม และรวมถึงผลการสำรวจล่าสุด เพื่อให้เห็นสถานการณ์
- 3 เน้นรูปแบบ และเนื้อหาที่ง่ายต่อการอ่านและเข้าใจต่อผู้อ่านทุกกลุ่มวัย

ส่วนที่ 2 : 10 สถานการณ์เด่นรอบปี และ 4 ผลงานดี ๆ เพื่อสุขภาพคนไทย

สถานการณ์ในรอบปี ประกอบด้วย สถานการณ์เด่นลำดับ 1 ถึง 10 และผลงานดี ๆ เพื่อสุขภาพคนไทยอีก 4 สถานการณ์ ซึ่งเรียกส่วนนี้ว่า “สถานการณ์เด่น 10+4” เกณฑ์การเลือกสถานการณ์ และเกณฑ์การจัดลำดับสถานการณ์เด่น มีดังนี้

เกณฑ์การเลือกสถานการณ์เด่น

- 1 เป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงปี 2564 หรือเป็นสถานการณ์ที่เคยรายงานไปแล้ว แต่นำมาเสนออีกครั้ง เพื่อให้เห็นพัฒนาการหรือความเปลี่ยนแปลง เป็นบทเรียนในสังคมไทย
- 2 เป็นประเด็นที่มีผลกระทบต่อสุขภาพคนไทยในวงกว้าง ซึ่งผลกระทบหมายถึงรวมถึงความมั่นคงปลอดภัยด้วย
- 3 เป็นนโยบายที่ส่งผลต่อสุขภาพที่มีผลบังคับใช้ หรือผลทางปฏิบัติที่เกิดขึ้นในปีนี้ชัดเจน
- 4 เป็นเรื่องใหม่ที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน
- 5 เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งมากในรอบปี

สำหรับผลงานดี ๆ ของคนไทย เป็นเรื่องของการประสบความสำเร็จในการประดิษฐ์คิดค้นความก้าวหน้าทางวิชาการด้านสุขภาพ การค้นพบแนวทางใหม่ ๆ ที่เป็นผลดีกับสุขภาพสังคม และคนไทยโดยรวม

เกณฑ์การจัดลำดับสถานการณ์เด่น

- 1 สำนวณความคิดเห็นจากคณะกรรมการชี้ทิศทางสุขภาพคนไทย เพื่อเรียงลำดับเรื่อง ใช้มาตรวัดแบบประมาณค่า (rating scale) ของลิเคอร์ท (Likert scale) ให้คะแนน “ความสำคัญ” ของแต่ละเรื่องจาก 1-5 โดยที่ 1 น้อยที่สุด ไปจนถึง 5 มากที่สุด
- 2 การวิเคราะห์ข้อมูลความถี่ เพื่อเรียงลำดับความสำคัญ

รายชื่อคณะกรรมการชี้ทิศทาง รายงานสุขภาพคนไทย 2566

นพ.วิชัย โชควิวัฒน์	สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์	ที่ปรึกษา
นพ.ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล	ที่ปรึกษาสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	ประธานกรรมการ
นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์	อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	กรรมการ
รศ.นพ.สรนิต ศิลธรรม	กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษา สสส.	กรรมการ
นพ.วิรุฬ ลิ้มสวาท	สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข	กรรมการ
คุณสุรียนต์ ธีรกิจจานุกิจ	ที่ปรึกษาด้านนโยบายและแผน สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ (สศช.)	กรรมการ
คุณหทัยชนก ชินอุปราวัฒน์	ผู้อำนวยการกองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ	กรรมการ
ดร.ทิพิชา โปษยานนท์	ผู้อำนวยการสำนักวิชาการและนวัตกรรม สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)	กรรมการ
คุณเบญจมาภรณ์ ลิ้มปิยะเชษฐา	ผู้อำนวยการอาวุโส ศูนย์เรียนรู้สุขภาพฯ, สสส.	กรรมการ
ดร.ณัฐพันธุ์ ศุภกา	ผู้อำนวยการสำนักภาคีสัมพันธ์ และวิเทศสัมพันธ์, สสส.	กรรมการ
รศ.ดร.ภญ. วรธรรมา ศรีวิริยานุภาพ	คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	กรรมการ
คุณวิเชษฐ์ พิษัยรัตน์	คณะกรรมการบริหารแผนคณะที่ 8, สสส.	กรรมการ
คุณสุรินทร์ กิจนิตยชีวี	องค์กรชุมชนคลองขมขมิ้น อำเภอสนา	กรรมการ
คุณสมพร เพ็งคำ	นักวิชาการอิสระ	กรรมการ
คุณอรพรรณ ศรีสุขวัฒนา	นักวิชาการอิสระ	กรรมการ
คุณยุติ คาดการณโกศล	ศูนย์ศึกษามหานครและเมือง วิทยาลัยรัฐกิจ	กรรมการ
ศ.เกียรติคุณ ดร.ชื่นฤทัย กาญจนนะจิตรา	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการ
รศ.ดร.ชาย โพธิ์ลิตา	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการ
รศ.ดร.เฉลิมพล แจ่มจันทร์	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการและ เลขานุการ
รศ.ดร.ภูเบศร์ สมุทรจักร	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
รศ.ดร.มนสิการ กาญจนนะจิตรา	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
ผศ.ดร.สักรินทร์ นิยมศิลป์	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ ปี 2566

กบฏนรายงานทั้งเล่ม
นพ.วิชัย โชควิวัฒน์
นพ.อำพล จินดาวัฒนะ
ศ.เกียรติคุณ ดร.ชื่นฤทัย กาญจนนะจิตรา
ดร.ณัฐพันธุ์ ศุภกา
ทีมเขียนสถานการณ์ด้านสุขภาพร่างแรก
คุณณัฐจิรา ทองเจริญบุหงศ์
คุณธัชวุฒิ จาดบัณฑิตส์
คุณธีรวัฒน์ ช้วนตัน
ผศ.นพ.ธีระ วรธนารัตน์
อาจารย์ ดร.นรินทร์ กากะทุม
ผศ.ดร.นริมาลัย นิละไพจิตร
คุณพิสิษฐ์ ศรีอัครโคโคติน
อาจารย์ ดร.วศิณ พัทฒนฉัตร
อาจารย์วสันต์ ปวนปิ่นวงศ์
รายชื่อคณะทำงานจัดทำรายงานสุขภาพคนไทย
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
ที่ปรึกษากันวิชาการ
ศ.เกียรติคุณ ดร.ชื่นฤทัย กาญจนนะจิตรา
รศ.ดร.ชาย โพธิ์ลิตา
ผู้อำนวยการโครงการ
รศ.ดร.เฉลิมพล แจ่มจันทร์
ตัวชี้วัดสุขภาพ
รศ.ดร.เฉลิมพล แจ่มจันทร์
รศ.ดร.มนสิการ กาญจนนะจิตรา
กัญญา อภิพรชัยสกุล
สถานการณ์ด้านสุขภาพ
ผศ.ดร.สักรินทร์ นิยมศิลป์
กาญจนา เทียนฉาย
เรื่องพิเศษประจำฉบับ
รศ.ดร.ชาย โพธิ์ลิตา
รศ.ดร.ภูเบศร์ สมุทรจักร
กัญญาพัชร สุทธิเกษม

ส่วนที่ 3 : เรื่องพิเศษประจำฉบับ

หัวข้อเรื่องพิเศษประจำฉบับมี 2 ลักษณะ คือ เรื่องที่เน้นกลุ่มเป้าหมาย (target group-oriented) และเรื่องเฉพาะประเด็น (issue-oriented) โดยอาจมีการเลือกเรื่องสลับกันไปในแต่ละปี ที่มาของเรื่องอาจจะพิจารณาเลือกจาก 10 สถานการณ์เด่นในรอบปีที่ผ่านมา หรือหัวข้อของตัวชี้วัดทางสุขภาพที่น่าสนใจ

หลักเกณฑ์ในการเลือก เรื่องพิเศษประจำฉบับ

- 1 เป็นเรื่องที่มีความสำคัญเชิงนโยบาย
- 2 เป็นเรื่องที่มีประโยชน์ต่อประชาชน
- 3 เป็นเรื่องที่มีประเด็นและมุมมองที่หลากหลาย

กระบวนการทำงาน

- 1 คณะกรรมการชี้ทิศทางสุขภาพคนไทย ประชุมเพื่อเลือกหัวข้อเรื่องพิเศษประจำฉบับในแต่ละปี
- 2 ทีมงานสุขภาพคนไทยกำหนดกรอบโครงสร้างของรายงาน
- 3 ติดต่อผู้เชี่ยวชาญในแต่ละประเด็น เพื่อสัมภาษณ์ข้อมูล ประกอบการจัดทำรายงาน
- 4 คณะทำงานสุขภาพคนไทยประมวลและเรียบเรียงเนื้อหาทางวิชาการให้เหมาะสมกับการสื่อสารต่อสาธารณะ และตรวจสอบความถูกต้องกับนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญในประเด็นนั้น ๆ อีกครั้ง
- 5 ผู้ทรงคุณวุฒิอ่านทบทวนร่างเนื้อหาารายงานและปรับแก้ไข

บรรณานุกรม

12 หมวดตัวชี้วัด

“ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ”

หมวด 1 การบริโภคยาสูบ

- 1 สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2554). *พฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร 2554*. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- 2 สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *พฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร 2557*. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- 3 สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2561). *พฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร 2560*. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- 4 สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). *สำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564*. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

หมวด 2 การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด

- 1 ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด. (2563). *โครงการสำรวจความรู้ ความเข้าใจ และความคิดเห็นของประชาชนต่อเรื่องกัญชาทางการแพทย์และการใช้แบบสันทนาการ พ.ศ. 2563*. กรุงเทพฯ : ศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด.
- 2 สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). *สำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564*. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

หมวด 3 การบริโภคอาหาร

- 1 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2561). *โครงการศึกษาสถานการณ์การบริโภคผักและผลไม้ของคนไทย ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2561*. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.
- 2 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2562). *โครงการศึกษาสถานการณ์การบริโภคผักและผลไม้ของคนไทย ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2562*. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.
- 3 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2564). *โครงการศึกษาสถานการณ์การบริโภคผักและผลไม้ของคนไทย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2564*. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.
- 4 สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). *สำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564*. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- 5 สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565). *การสำรวจผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ต่อครัวเรือนในประเทศไทย พ.ศ. 2565*. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- 6 FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO. 2022. *The State of Food Security and Nutrition in the World 2022. Repurposing food and agricultural policies to make healthy diets more affordable*. Rome : FAO.

หมวด 4 การมีกิจกรรมทางกาย

- 1 ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้กิจกรรมทางกายประเทศไทย. (2555). *รายงานสำรวจการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ปี 2555*. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.

- 2 ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้กิจกรรมทางกายประเทศไทย. (2556). *รายงานสำรวจการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ปี 2556*. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.
- 3 ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้กิจกรรมทางกายประเทศไทย. (2557). *รายงานสำรวจการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ปี 2557*. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.
- 4 ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้กิจกรรมทางกายประเทศไทย. (2558). *รายงานสำรวจการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ปี 2558*. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.
- 5 ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้กิจกรรมทางกายประเทศไทย. (2559). *รายงานสำรวจการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ปี 2559*. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.
- 6 ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้กิจกรรมทางกายประเทศไทย. (2560). *รายงานสำรวจการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ปี 2560*. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.
- 7 ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้กิจกรรมทางกายประเทศไทย. (2561). *รายงานสำรวจการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ปี 2561*. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.
- 8 ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้กิจกรรมทางกายประเทศไทย. (2562). *รายงานสำรวจการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ปี 2562*. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.
- 9 ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้กิจกรรมทางกายประเทศไทย. (2563). *รายงานสำรวจการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ปี 2563*. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.
- 10 ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้กิจกรรมทางกายประเทศไทย. (2564). *รายงานสำรวจการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ปี 2564*. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.
- 11 ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้กิจกรรมทางกายประเทศไทย. (2565). *รายงานสำรวจการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ปี 2565*. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.
- 12 สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). *สำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564*. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

หมวด 5 อุบัติเหตุทางถนน

- 1 ศูนย์ความร่วมมือด้านข้อมูลการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2554-2564). *การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน (2554-2564)*. สืบค้นเมื่อ 9 มกราคม 2566 : จาก <https://dip.ddc.moph.go.th/new/>
- 2 ศูนย์ความร่วมมือด้านข้อมูลการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560-2564). *อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน (2560-2564)*. สืบค้นเมื่อ 30 ธันวาคม 2565 : จาก <https://dip.ddc.moph.go.th/new/>
- 3 The World Bank. (2021). *Global Health Observatory Data Repository*. Retrieved 30 December 2022, from <https://www.who.int/data/gho>
- 4 ศูนย์ความร่วมมือด้านข้อมูลการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560-2564). *รายงานการตรวจวัดแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้ขับขี่ (2561-2564)*. สืบค้นเมื่อ 30 ธันวาคม 2565 : จาก https://dip.ddc.moph.go.th/new/บริการ/alc_dec61-jul64

- 5 ศูนย์ความร่วมมือด้านข้อมูลการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560-2564). จำนวนสาเหตุการบาดเจ็บ (2561-2564). สืบค้นเมื่อ 30 ธันวาคม 2565 : จาก https://dip.dcc.moph.go.th/new/isonline_sum
- 6 สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). *สำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564*. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

หมวด 6 สุขภาพจิต

- 1 กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2565). จำนวนผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช 2565. สืบค้นเมื่อ 2 มกราคม 2566 : จาก <https://data.go.th/en/dataset/specialist>
- 2 ศูนย์ป้องกันการทำตัวตายระดับชาติ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต. (2555-2564). *รายงานการฆ่าตัวตายสำเร็จจากใบมรณบัตร พ.ศ. 2555-2564*. สืบค้นเมื่อ 5 มกราคม 2566 : จาก <https://suicide.dmh.go.th/report/suicide/download/reds.asp?nhead=2>
- 3 สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2563). *การสำรวจสุขภาพจิต (ความสุข) ของคนไทยในประเทศไทย พ.ศ. 2563*. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- 4 Tableau Public. (2564). *ข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นอายุไม่เกิน 18 ปี กรมสุขภาพจิต*. สืบค้นเมื่อ 5 มกราคม 2566 : จาก <https://checkin.dmh.go.th/dashboards/dash07>
- 5 World Health Organization. (2022). *World Mental Health Report 2022*. Geneva : WHO.

หมวด 7 สิ่งแวดล้อม

- 1 กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (2564). *รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี 2564*. กรุงเทพฯ : กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม.
- 2 ระบบสารสนเทศด้านการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน กรมควบคุมมลพิษ. (2564). *สถานการณ์ขยะมูลฝอยของภูมิภาค ปี 2564*. กรุงเทพฯ : ระบบสารสนเทศด้านการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน กรมควบคุมมลพิษ.
- 3 สำนักงานพัฒนาาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. (2564). *อัตราตายจากโรคมะเร็งปอด (2564)*. สืบค้นเมื่อ 7 มกราคม 2566 : จาก <https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/topic/tmap.php?t=02&m=01&d=03>
- 4 Sereenonchai, S., Arunrat, N., & Kamnoonwatana, D. (2020). Risk perception on haze pollution and willingness to pay for self-protection and haze management in Chiang Mai Province, Northern Thailand. *Atmosphere*, 11(6), 600.

หมวด 8 สภาพแวดล้อมครอบครัว

- 1 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2563). *การสำรวจการสร้างเสริมครอบครัวอบอุ่นและมีสุขเพื่อคนทำงานองค์กร 2563*. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.
- 2 สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). *สำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564*. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- 3 ศูนย์ความรู้นโยบายเด็กและครอบครัว (คิด for คิดส์). (2565). *การสำรวจเยาวชนไทย (2565)*. กรุงเทพฯ : ศูนย์ความรู้นโยบายเด็กและครอบครัว (คิด for คิดส์).

หมวด 9 สภาพแวดล้อมโรงเรียน

- 1 สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2557). *รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการการสำรวจสภาพแวดล้อมทางด้านอาหารและการจัดการอาหารในโรงเรียนและรอบรั้วโรงเรียน ภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียนและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2556-2557)*. นนทบุรี : สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.
- 2 ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้กิจกรรมทางกายประเทศไทย. (2562). *โครงการโรงเรียนฉลาดเล่น 2562*. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.

- 3 Phetphum, C., et.al. (2022). Susceptibility to smoking and determinants among never-smoking high school students : A representative nationwide study in Thailand. *Tobacco Induced Diseases*. January/2023 vol. 21. DOI : <https://doi.org/10.18332/tid/156456>
- 4 Banchohhattakit, P., Inmuong, U., Duangsong, R., Phimha, S., Prachaiboon, T., & Padchasuwan, N. H. (2022). Effects of a school-network intervention using Reduce, Reuse and Recycle in Thailand. *Health Education Journal*, 81(3), 363-371.

หมวด 10 สภาพแวดล้อมที่ทำงาน

- 1 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2564). *รายงานการสำรวจคุณภาพชีวิต ความสุข ความผูกพันองค์กรของคนทำงาน (ในองค์กร) ระดับประเทศ พ.ศ. 2564*. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.
- 2 สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). *สำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564*. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

หมวด 11 สภาพแวดล้อมชุมชน

- 1 ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้กิจกรรมทางกายประเทศไทย. (2564). *รายงานการสำรวจการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ปี 2564*. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.
- 2 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2565). *รายงานโครงการศึกษาสถานการณ์การบริโภคผักและผลไม้ ของคนไทย (ระดับประเทศ) พ.ศ. 2565*. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.
- 3 สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). *สำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564*. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- 4 Suteerangkul et al. 2021. *The effects of community participation program on smoke-free homes in a suburban community of Thailand*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8106388/>

หมวด 12 สภาพแวดล้อมทางนโยบาย

- 1 สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). *สัมประสิทธิ์ความไม่เสมอภาค (Gini Coefficient) ของรายได้ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2531 - 2564*. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- 2 สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2563). *อัตราการเรียนต่อระดับมัธยมศึกษา และอุดมศึกษา ปีการศึกษา 2554-2563*. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- 3 สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (2560). *สถิติการศึกษาประเทศไทย ปีการศึกษา 2660*. กรุงเทพฯ : สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา.
- 4 สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (2561). *สถิติการศึกษาประเทศไทย ปีการศึกษา 2661*. กรุงเทพฯ : สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา.
- 5 สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (2562). *สถิติการศึกษาประเทศไทย ปีการศึกษา 2662*. กรุงเทพฯ : สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา.
- 6 Asian Development Bank. (2019). *The Social Protection Indicator for Asia Assessing Progress 2019*. Philippines : Asian Development Bank.

10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ

ปัญหาสุขภาพที่เกิดในชุมชน จะควบคุมอย่างไร?

- 1 สนั่นข้าว. (2565, 19 เมษายน). *สลดใจ ลูกสาวหลอนยาเสพติด ม้าพ่อจ.ลำปาง* [Video]. <https://www.bugaboo.tv/news/616298>

- 2 คนคลั่ง หลอนยา ป่วยจิตเวทพุ่ง ต้นเหตุก่อปัญหาความรุนแรง. (2565, 8 ธันวาคม). ไทยรัฐออนไลน์. <https://www.thairath.co.th/scoop/theissue/2573006>
- 3 สหประชาชาติ. (2548.) 60 ความสำเร็จขององค์การสหประชาชาติ 60 ways the United Nations makes a difference. https://unic.un.org/aroundworld/unics/common/documents/publications/60ways/bangkok_60ways_thai.pdf
- 4 รายงานยาเสพติดโลก 2019 : คนทั่วโลก 35 ล้านคน มีอาการผิดปกติจากการใช้ยาเสพติด แต่มีผู้ได้รับการรักษาเพียง 1 ใน 7. (2562, 26 มิถุนายน). BBC. <https://www.bbc.com/thai/international-48765558>
- 5 สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2565). รายงานประจำปี 2564 ผลการปราบปรามยาเสพติดทั่วประเทศ. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด
- 6 ศิริสุข ยินหาญ. (2562). สถานการณ์ยาเสพติดในปัจจุบันและแผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ปัญหายาเสพติด ระยะ 20 ปี [PowerPoint slides]. <https://bdn.go.th/attachment/services/download.php?WP=q3MZp21CM5O0hJatRtGjWz00qmZz1CM5O0hJatRtDo7o3Q>
- 7 ชธร ปุระณะปัญญา. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อการกระทำผิดเกี่ยวกับยาเสพติดของเด็กและเยาวชนในจังหวัดบุรีรัมย์. https://www.rsu.ac.th/cja/IS/08-NITCHATORN_PURANAPANYA-2558.pdf
- 8 โครงการสารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน. (2559). สาเหตุการติดยาเสพติดของเยาวชน. <http://kanchanapisek.or.th/kp6/sub/book/book.php?book=9&chap=13&page=t9-13-infodetail02.html>
- 9 ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ. (2561). แผนป้องกันและแก้ปัญหายาเสพติดเร่งด่วน ปี 2561. <http://www.rbpho.moph.go.th/upload-file/doc/files/26032018-045442-1567.pdf>
- 10 สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, เรื่องเดียวกัน
- 11 สมชาย ธัญธนกุล. (2553). วัยรุ่นกับยาเสพติด. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์, 12(3), หน้า 167-173.
- 12 กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.). บทลงโทษเกี่ยวกับยาเสพติด. https://www.fda.moph.go.th/sites/Narcotics/SitePages/Main_Penaltynarcotic.aspx
- 13 โครงการพัฒนาหมู่บ้าน/ชุมชนเข้มแข็งเอาชนะยาเสพติดอย่างยั่งยืน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564. (ม.ป.ป.). <https://multi.dopa.go.th/asa/assets/modules/news/uploads/fa5b136334778ad38762372fc9b15e9f5fa0c712008ac22799391652510447.pdf>
- 14 ข้อมูลจากผู้นำชุมชนและสำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ภาค 6
- 15 บทความวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของรายงานวิจัยเรื่องสถานศึกษากับนโยบายและมาตรการป้องกันการใช้อินเตอร์เน็ตของเยาวชนในพื้นที่ชายแดนกรณีศึกษา อำเภอ แม่สอด จังหวัดตาก ทวนวิจัยจากศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติด ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- 4 Action on Smoking and Health. (2022, July). *Use of e-cigarettes among young people in Great Britain*. <https://ash.org.uk/uploads/Use-of-e-cigarettes-among-young-people-in-Great-Britain-2022.pdf?v=1661866458>
- 5 บุหรี่ไฟฟ้าตามค่านิยมของไทย ยังรวมถึง Heated tobacco products หรือฮอตโตบacco ซึ่งเป็น ผลิตภัณฑ์ยาสูบที่ผลิตละอองที่มีนิโคตินและสารเคมีอื่นๆ ใช้การสูดเข้าทางปากเลียนแบบการสูบบุหรี่ปกติ มีการออกแบบบุหรี่แบบพิเศษเพื่อใช้ในการเสกด้วย การทำงานของ HTPs จะใช้ความร้อนจากอุปกรณ์มากกว่า 300°C แต่ไม่เกิน 600°C เหมือนการเผาไหม้บุหรี่ทั่วไป ตัวผลิตภัณฑ์ต้องมีการชาร์จแบตเตอรี่เพื่อใช้ในการทำความร้อน โดยมวนบุหรี่แบบพิเศษนี้อาจเทียบได้กับน้ำยาบุหรี่ไฟฟ้าแบบแห้ง
- 6 สำรองการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเสี่ยงสูง คือ เยาวชนอายุ 15-24 ปี ที่ศึกษาอยู่ระดับมัธยมปลาย อาชีวศึกษา และอุดมศึกษาของแต่ละภูมิภาคของประเทศไทย 12,948 คน
- 7 ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. (2565, 9 พฤษภาคม). *ห้วงเยาวชนไทยเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าได้ง่าย หลังพบขายบุหรี่ไฟฟ้าในสังคมออนไลน์จำนวนมาก*. <https://shorturl.asia/C9S5p>
- 8 การที่ Website มีสัดส่วนสูงสุด เนื่องจากแพลตฟอร์มอื่นเริ่มมีการปิดบัญชีผู้ค้าบุหรี่ไฟฟ้า ทำให้จำนวนผู้ค้าหรือร้านค้าใน Facebook และ Instagram ลดลง ทั้งนี้ ผู้ค้าใช้ Line เป็นช่องทางติดต่อกับลูกค้ามากที่สุด เพราะมีความเป็นส่วนตัว ส่วน Youtube มีผู้ค้าสูงเป็นอันดับ 3 เพราะไม่ควบคุมการรีวิวบุหรี่ไฟฟ้า
- 9 คำว่า “โดยทุจริต” พิจารณาประกอบบทนิยามประมวลกฎหมายอาญา ในมาตรา 1(1) ซึ่งบัญญัติว่า “เพื่อแสวงหาประโยชน์ที่มิควรได้โดยชอบด้วยกฎหมายสำหรับตนเองหรือผู้อื่น” คำว่า “มิควรได้โดยชอบด้วยกฎหมาย” ในที่นี้ คือ พ.ร.บ. การส่งออกไปนอกและการนำเข้ามาในราชอาณาจักรซึ่งสินค้า พ.ศ. 2522 และ พ.ร.บ. คุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522
- 10 ข้าราชการมนตรี. (2565, 14 มกราคม). “ช่วยดู” ยืนยันหน้าตั้งคณะทำงานบุหรี่ไฟฟ้าถูกม. เชื้อไม่กระทบการเมือง. *กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม*. <https://www.mdes.go.th/news/detail/5153>
- 11 หลักการสำคัญของมาตรา 5.3 คือ “ถ้าจะควบคุมยาเสพติด เราจะให้พ่อค้ายาเสพติด เข้าร่วมประชุมในการออกกฎหมายเพื่อควบคุมยาเสพติดหรือไม่” แม้จะมีข้อถกเถียงโต้แย้งว่า บุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้า ไม่ได้เป็นยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด แต่โดยสภาพของสารนิโคตินในบุหรี่ไฟฟ้า หรือบุหรี่ธรรมดาแล้วก่อให้เกิดการเสพติดในมนุษย์เช่นเดียวกัน
- 12 Hartmann-Boyce J, McRobbie H, Bullen C, Begh R, Stead LF, & Hajek P. *Electronic cigarettes for smoking cessation (Review)*. 2016. Retrieved on 26 December 2022, from : <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010216.pub3/epdf/full>
- 13 Marynak, K., Kenemer, B., King, B.A., Tynan, M.A., MacNeil, A., & Reimels, E. (2017, December 15). State Laws Regarding Indoor Public Use, Retail Sales, and Prices of Electronic Cigarettes - U.S. States, Guam, Puerto Rico, and U.S. Virgin Islands. *Centers for Disease Control and Prevention*. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/66/wr/mm6649a1.htm>
- 14 Robertson, L., Hoek, J., Blank, M., Richards, R., Ling, P., & Popov, L. (2018, February 1). Dual use of electronic nicotine delivery systems (ENDS) and smoked tobacco : a qualitative analysis. *Tobacco Control*. 2019; 28 : 13-19
- 15 Kulik MC, Lisha NE, & Glantz SA. (2018), E-cigarettes Associated With Depressed Smoking Cessation : A Cross-sectional Study of 28 European Union Countries. *PubMed*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29449132>
- 16 Tobacco tactics. (2022, November 22). Harm Reduction. <https://tobaccotactics.org/wiki/harm-reduction/>
- 17 Global tobacco control. (n.d.). Country Laws Regulating E-Cigarettes. <https://globaltobaccocontrol.org/en/policy-scan/e-cigarettes/countries?country=263>

บุหรี่ไฟฟ้ารุกคืบในไทย ต้องเร่งควบคุม

- 1 เป็นศัพท์บัญญัติใหม่สำหรับแพทย์ จากศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐฯ ซึ่งมีความหมายว่า “อาการปวดบาดเจ็บที่สัมพันธ์กับการใช้บุหรี่ไฟฟ้าหรือผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องการสูดไอ”
- 2 Centers for Disease Control and Prevention. (n.d.). *Outbreak of Lung Injury Associated with the Use of E-Cigarette, or Vaping, Products*. https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/severe-lung-disease.html
- 3 ผลสำรวจพบว่า มีการสูบบุหรี่ไฟฟ้า 7.6% รองลงมาคือบุหรี่ (1.5%) ซิการ์ (1.4%) ยาสูบไร้ควัน (0.9%) มอระกู่ (0.8%) และถุงนิโคติน (nicotine pouches) (200,000; 0.8%) โดยพบว่า เด็กมัธยมต้นใช้บุหรี่ไฟฟ้า 2.8% และเด็กมัธยมปลาย 11.3% ดังนั้นการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในปัจจุบันจึงเป็น 5 เท่าของการใช้บุหรี่ในปัจจุบัน (7.6% เทียบกับ 1.5% = 5 เท่า)

ความปลอดภัยบนทางม้าลายและคนเดินเท้า : แนวทางการปรับปรุง

- ตัวอย่างเช่น ในปี 2564 เกิดอุบัติเหตุกับ น.ส.วิลาวัลย์ พุ่มมาลา หรือน้องลิ้นจี่ นักศึกษาที่เพิ่งเรียนจบใหม่ และเริ่มทำงานวันแรก ถูกรถจักรยานยนต์ชนขณะกำลังข้ามทางม้าลาย บริเวณแยกกรมโยธาธิการและผังเมือง ถ.พระราม 9 ส่วนอีกกรณี ในปี 2562 เกิดเหตุการณ์กับนางสาว ทภัยภัทร ต้นตลิ่งจันทร์ หรือน้องโบหม่อม อายุเพียง 15 ปี ถูกรถจักรยานยนต์ฝ่าไฟแดงพุ่งเข้าชนอย่างรุนแรง ได้รับบาดเจ็บสาหัสและเสียชีวิตในเวลาต่อมา
- ข้อมูลจาก กองการป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค
- ชีวิตคุณภาพ. (2565, 4 กุมภาพันธ์). 'สสส.-มูลนิธิไทยโรดส์' เปิดผลสำรวจทางม้าลายในกรุง พบ 89% รถไม่หยุดให้คนข้าม. *มติชนออนไลน์*. https://www.matichon.co.th/local/quality-life/news_3168010
- ปัญญา จันทพันธ์ และคณะ. (2563). *โครงการวิจัยและพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาการตายและบาดเจ็บสำหรับเด็กและเยาวชนโดยใช้รถจักรยานยนต์ที่มีประสิทธิภาพ*. กองป้องกันและการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค ร่วมกับศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน (ศวปถ.). มูลนิธินโยบายถนนปลอดภัย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
- ทฤษฎีเนยแข็ง เป็นกระบวนการวิเคราะห์องค์ประกอบ/ปัจจัยที่นำไปสู่การเกิดอุบัติเหตุ ประกอบด้วย 4 ชั้น ได้แก่ ระดับการกระทำที่ไม่ปลอดภัย (Unsafe Act) ระดับสภาพเงื่อนไขที่ไม่ปลอดภัย (Unsafe Conditions) ระดับการกำกับดูแลที่ไม่ปลอดภัย (Unsafe Supervision) และระดับอิทธิพลองค์กร (Organization Influence) โดยองค์ประกอบ/ปัจจัยจากทั้ง 4 ชั้นจะส่งผลต่อการเกิดอุบัติเหตุในเชิงโครงสร้าง/ระบบ ยกตัวอย่างเช่น หากการกำหนดนโยบายด้านความปลอดภัยทางถนนไม่ได้รับข้อมูลที่รอบด้านหรือเป็นจริงตามบริบทพื้นที่ การออกกฎหมายอาจจะไม่สอดคล้องกับการปฏิบัติงานในพื้นที่ ส่งผลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเลือกกระทำการได้สองทาง คือ ละเว้นการปฏิบัติงานเพราะไม่มีอำนาจในการทำงาน หรือ ปฏิบัติงานตามกฎระเบียบแต่อาจจะมีความขัดแย้งกับประชาชนในพื้นที่ เมื่อการปฏิบัติงานไม่สามารถกระทำได้ การแก้ไขสภาพแวดล้อม เช่น การซ่อมบำรุงทางหรือการจัดอบรมให้ความรู้กับประชาชนจะไม่สามารถกระทำได้เช่นกัน และเมื่อไม่มีการอบรมให้ความรู้ ประชาชนก็ไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง หรือขาดความระมัดระวัง เพราะขาดข้อมูล ดังนั้นการจัดการอุบัติเหตุทางถนน จำเป็นต้องวิเคราะห์ในเชิงระบบ ซึ่งรวมไปถึงความปลอดภัยของทางม้าลายและคนเดินเท้า
- มท.1 แจง ทุกจังหวัดรณรงค์ลดอุบัติเหตุบริเวณทางข้าม ใครฝ่าฝืนต้องได้รับโทษสูงสุด. (2565, 16 กุมภาพันธ์). *Workpointtoday*. <https://workpointtoday.com/crossroad-safety/>
- เคาะแล้ว! 21 ม.ค. ของทุกปีเป็น "วันความปลอดภัยของผู้ใช้ถนน" เพื่อสร้างการรับรู้ให้เป็น "วัฒนธรรมความปลอดภัย". (2566, 23 มกราคม). *รัฐบาลไทย*. <https://www.thaigov.go.th/infographic/contents/details/6642>
- กิจกรรม "หยุดสูญเสีย หยุดรถ ให้คนข้ามทางม้าลาย #ความดีที่คุณทำได้" ครั้งที่ 11 โดย คณะกรรมการบูรณาการผู้ใช้พวงเวียนและความปลอดภัยทางถนน วุฒิสภา กรุงเทพมหานคร สสส. และภาคีเครือข่าย เมื่อวันที่ 21 ธันวาคม 2565
- กองบรรณาธิการ THE OPENER. (2565, 22 มิถุนายน). ยื่น 3 ข้อเสนอลงให้ผู้ว่าฯ กทม.ปรับมาตรฐานความปลอดภัยทางม้าลายลดอุบัติเหตุ. *The Opener*. <https://theopener.co.th/node/1011>

การแก้ไขกฎหมายสุรา : จากร่าง พ.ร.บ. สุราก้าวหน้า สู่อ่างความปลอดภัยสุราชุมชน

- สุราชุมชนรวมตัวชุมนุมทำเนียบและรัฐสภา. (2558, 4 มิถุนายน). *สุราไทย*. <https://surathai.wordpress.com/2015/06/06/protest/>
- วันชัย ตันติวิทยาพิทักษ์. (2565, 22 กุมภาพันธ์). คราฟต์เบียร์และความเหลื่อมล้ำ. *The 101*. <https://www.the101.world/craft-beer-inequality/>
- The Movements : กลุ่มประชาชนเรียกร้องการเคลื่อนไหวต่อต้านการผูกขาดเหล้าเบียร์ของกลุ่มทุนใหญ่. (4 สิงหาคม 2565). *พีพีอาร์ออนไลน์*. <https://commonmuze.com/node/479>

- Wanna Yongpisanphob. (2565, 1 กุมภาพันธ์). แนวโน้มธุรกิจ/อุตสาหกรรม ปี 2565-67 อุตสาหกรรมเครื่องดื่ม. *กรุงเทพธุรกิจ*. <https://www.krungsri.com/th/research/industry/industry-outlook/Food-Beverage/Beverage/IO/io-beverage-2022>
- สองสถิติแอลกอฮอล์ย้อนหลัง หลังไทยปลดล็อกสุราพื้นบ้าน. (2565, 2 พฤศจิกายน). *PPTV*. <https://www.pptvhd36.com/health/news/2229>
- ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. (2548). *วิวัฒนาการนโยบายควบคุมปัญหาสุราของประเทศไทย*. https://dol.thaihealth.or.th/resourcecenter/sites/default/files/documents/1_566.pdf
- พระราชบัญญัติสุรา พ.ศ. 2493. (2493, 6 มีนาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่มที่ 67 ตอนที่ 346. http://taxclinic.mof.go.th/pdf/349F1793_983A_1107_E7BD_BF13C1B2D63D.pdf
- รายชื่อผู้ได้รับอนุญาตทำสุราตามพระราชบัญญัติสุรา พ.ศ. 2493. (2557). <https://www.excise.go.th/cs/groups/public/documents/document/mjaw/mdc1/-edisp/webportal16200075520.pdf>
- กรณีปัญหาการผูกขาดในนโยบายสุราเสรี. (2545). *วุฒิสภา*. https://www.senate.go.th/document/Ext2174/2174246_0002.PDF
- พระราชบัญญัติ ภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560. (2560, 20 มีนาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่มที่ 134 ตอนที่ 32. <https://www.excise.go.th/cs/groups/public/documents/document/dwnt/mzy0/-edisp/uatucm364712.pdf>
- ปรับ 5.5 พัน เท่าพิภพ หม่อมผลิตเบียร์ 'บีคัส' ว่าง โดนถามเอื้อกลุ่มทุน. (2560, 24 มกราคม). *ไทยรัฐออนไลน์*. <https://www.thairath.co.th/news/local/central/843082>
- สภารับหลักการร่าง 'พ.ร.บ.สุราก้าวหน้า' 178 เสียงต่อ 137 เสียง ส่งต่อ กมธ.พิจารณา ก่อนเข้าวาระต่อไป. (2565, 8 มิถุนายน). *ประชาไท*. <https://prachatai.com/journal/2022/06/98984>
- กรม. เห็นชอบร่างกฎกระทรวงปลดล็อกขายปลีกผลิตเบียร์-ขยายการผลิตสุรากลั่น. (2565, 1 พฤศจิกายน). *ประชาไท*. <https://prachatai.com/journal/2022/11/101218>
- "พิธา" ชัด ครม.แก้กฎหมายสุราพื้นบ้าน เกมการเมืองคว่ำ กม.สุราก้าวหน้า. (2565, 1 พฤศจิกายน). *กรุงเทพธุรกิจ*. <https://www.bangkokbiznews.com/politics/1035374>
- การเมือง. (2565, 8 มิถุนายน). "ส.ส.พรรคประชาชนดี" เผย ไม่รับหลักการ ร่าง กม.สุราก้าวหน้า-สมรสเท่าเทียม. *Bangkokbiznews*. <https://www.bangkokbiznews.com/politics/1008854>
- White news. (2565, 1 กันยายน). Social : "ผมและส.ส.พรรคประชาชนดี ได้ทำหน้าที่ในสภาผู้แทนราษฎรในการคัดค้านกฎหมายทั้ง 3 ฉบับแล้ว. Facebook. <https://www.facebook.com/WhiteNewstv/photos/a.593675320714620/5537490216333081/?type=3>
- เครือข่ายเฝ้าระวังสุรา พนันปลดล็อกผลิต "น้ำเมา" ทั่วประเทศ หนุนใหญ่ จี้เพิ่มเกณฑ์รับผิดชอบ. (2565, 6 กุมภาพันธ์). *ผู้จัดการออนไลน์*. <https://mgronline.com/qol/detail/9650000012268>
- "แอลกอฮอล์วอช" จี้ ส.ส.ถกมาตรการคุมครองสุขภาพ กรณีจะปลดล็อกผลิตน้ำเมา. (2565, 5 กุมภาพันธ์). *Bangkokbiznews*. <https://www.bangkokbiznews.com/social/986771>
- กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2563). เหล้าเถื่อน มหันตภัยร้าย คร่าชีวิต. *DDC WATCH*. <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1036720200813024432.pdf>
- พลเทพ วิจิตรคุณากร. (2565). *รายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รายจังหวัด พ.ศ. 2564*. <https://cas.or.th/?p=9508>

ระบบบริการสาธารณสุขในกรุงเทพฯกับการปฏิรูประบบปฐมภูมิ

- เกาะกระแสโซเชียล. (2564, 20 กรกฎาคม). สลด! ผู้ป่วยโควิดเสียชีวิตกลางถนน ผ่านไป 6 ชม.ร่างยังอยู่ที่เดิม. *มติชนออนไลน์*. https://www.matichon.co.th/social/news_2839877
- กรุงเทพมหานคร. (2565). *main.bangkok.go.th*
- ธีระ วรรณรัตน์ ภัทรวิทย์ วรรณรัตน์ และอารียา จิรณานุกวัฒน์. (2565). การบริหารจัดการภาวะวิกฤตในช่วงสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ระลอกแรก. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 16(3), 370-389.

- 4 จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ. (2564). รายงานฉบับสมบูรณ์การตอบสนองและเตรียมการของระบบบริการสุขภาพไทยต่อวิกฤติการระบาดของ COVID-19 : การดำเนินการของโรงพยาบาล และผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมภายในขอบเขตของระบบสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- 5 สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร. (ม.ป.ป.). รายงานสถิติประจำปี 2565. <https://webportal.bangkok.go.th/msdbangkok/page/sub/24683/สถิติรายงานประจำปี>
- 6 สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร. (ม.ป.ป.). รายงานสถิติประจำปี 2564. <https://webportal.bangkok.go.th/msdbangkok/page/sub/24683/สถิติรายงานประจำปี>
- 7 World Health Organization. (2010). *Monitoring the building blocks of health systems : a handbook of indicators and their measurement strategies*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/258734>
- 8 กระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.). นโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข 2565. <http://www.spko.moph.go.th/wp-content/uploads/2021/09/policy65.pdf>
- 9 อีระ วรรณรัตน์. (2558). การประเมินระบบการบริหารจัดการเขตบริการสุขภาพไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4253>
- 10 Thitima. (2557). *เขตสุขภาพคืออะไร? ทำไม? เพื่อ?*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. <https://www.hsri.or.th/researcher/classroom/detail/5179>
- 11 สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *ทีมหมอครอบครัว*. สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- 12 กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *แนวทางดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ*. <http://49.231.15.21/deptweb/upload/files/PCUF25620710144330801.pdf>
- 13 อีระ วรรณรัตน์ และคณะ. (2562). *สมรรถนะและบทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว : การสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบาย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข*. <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5047?show=full>
- 14 สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (2561, 28 พฤษภาคม). *SAFE เพื่อหลักประกันสุขภาพที่ยั่งยืน "หมอกทุกคนต้องรู้เรื่องการประเมินเทคโนโลยี"*. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. <https://www.hitap.net/172148>
- 15 สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (2559). *ข้อเสนอการคลังสุขภาพเพื่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*. เอกสารนำเสนอประกอบการประชุมวิชาการระดับชาติด้านหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย (ครั้งที่ 2) : ยั่งยืนด้วยคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความเป็นธรรม และการประชุมชี้แจงการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2560 วันที่ 10-11 ตุลาคม 2559.
- 16 แรกเริ่มเดิมที กระทรวงสาธารณสุขมุ่งเน้นที่จะผลักดันให้นโยบายนี้เป็นก้าวที่สองของการปฏิรูประบบสุขภาพของไทย หลังจากเมื่อครั้งปฏิรูปไปแล้วเมื่อปี 2544 กับนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคหรือหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ทำให้คนไทยทุกคนมีประกันสุขภาพ ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง
- 17 ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ และคณะ. (2562). *การสังเคราะห์ข้อเสนอเพื่อพัฒนารูปแบบการบริการปฐมภูมิในกรุงเทพมหานคร*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5056?locale-attribute=th>
- 18 อุดม คชินทร. (2565). *ปฏิรูประบบสุขภาพโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (ร่วมกันวิจัย ยกระดับคุณภาพชีวิต)*. เอกสารนำเสนอประกอบการประชุมวิชาการ 30 ปี สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สรส.). *ก้าวสู่ทศวรรษที่ 4 : ร่วมกันวิจัย ยกระดับคุณภาพชีวิต (To the Next Decade : Enhance Research for Life)* วันที่ 7-8 กรกฎาคม 2565 ณ โรงแรมอัสติน แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร. <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5670>
- 19 ข่าวสารสุขภาพ. (2565, 5 สิงหาคม). *Big rock 1 health security อีกก้าวสำคัญ การปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขของไทย*. [Healthserv. https://healthserv.net/220821](https://healthserv.net/220821)
- 20 อีระ วรรณรัตน์, ภักร์วินัย วรรณรัตน์, ณัฐพล แยมฉิม, พิมพ์กมล สิงหา, มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์, และปณิษย์ธิดา ผากานนท์. (2559). *การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบและระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง : กรณีศึกษาในพื้นที่กรุงเทพมหานคร*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4457?locale-attribute=th>
- 21 จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. (2563, 30 ธันวาคม). *ทางเลือกของการบริหารจัดการคลินิกชุมชนอบอุ่นในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในเขตกรุงเทพมหานคร*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5314>
- 22 WHO Director-General Dr Tedros : "When health is at risk, everything is at risk. (2022, October 16). *German Health Alliance*. <https://gha.health/en/who-director-general-dr-tedros-when-health-is-at-risk-everything-is-at-risk/>

ประเทศไทยกับความมั่นคงทางอาหาร

- 1 ธนากรแห่งประเทศไทย. (ม.ป.ป.). *วิกฤตอาหารโลก สัญญาณเตือนภัยครั้งใหญ่*. <https://www.bot.or.th/Thai/BOTMagazine/Pages/25650286Globaltrend-foodcrisis.aspx>
- 2 ปางอุบล อำนวยศิริ. (2565, 22 กุมภาพันธ์). *Food Security : วิกฤตความมั่นคงทางอาหารท่ามกลางการแพร่ระบาดของ COVID-19*. SCB. <https://www.scbeic.com/th/detail/product/7400>
- 3 ความมั่นคงทางอาหาร สิ่งที่คุณควรได้รับอย่างเพียงพอ. (ม.ป.ป.). *สำนักงานพัฒนาการวิจัยการเกษตร (องค์การมหาชน)*. https://www.arda.or.th/knowledge_detail.php?id=50
- 4 วิรลพัชร ประเสริฐศักดิ์, แนวคิดและคำนิยามของความมั่นคงทางอาหาร (Food security : Concepts and definitions), <http://www.polsci.tu.ac.th/fileupload/36/24.pdf>
- 5 World Economic Forum. 2022. *The Global Risks Report 2022*, 17th Edition. Switzerland, p.116.
- 6 UN report : *Pandemic year marked by spike in world hunger, 2021*, <https://www.who.int/news/item/12-07-2021-un-report-pandemic-year-marked-by-spike-in-world-hunger>
- 7 FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO. (2021). *The State of Food Security and Nutrition in the World 2021. Transforming food systems for food security, improved nutrition and affordable healthy diets for all*. Rome, FAO. <https://doi.org/10.4060/cb4474en>
- 8 Biothai Team. (2565, 24 เมษายน). *ไทยกำลังเสี่ยงเข้าสู่วิกฤตอาหาร 2022 หลังโควิด*. *มูลนิธิชีววิถี*. <https://biothai.net/food-security-situation/food-crisis/5164>
- 9 World Food Security High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition. (2021). *Impacts of COVID-19 on food security and nutrition developing effective policy responses to address the hunger and malnutrition pandemic*. <https://www.fao.org/3/ng808en/ng808en.pdf>
- 10 ความมั่นคงทางอาหารในภาวะวิกฤต ทางรอดในสถานการณ์ "โควิด" ถล่มเมือง. (2564, 2 สิงหาคม). *PPTV*. <https://www.pptvhd36.com/news/ประชาสัมพันธ์/153162>
- 11 มูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2563). *รายงานผลกระทบของการระบาดของโรคโควิด - 19 และมาตรการทางสังคมต่อความมั่นคงทางอาหารของผู้ที่มีรายได้น้อยในชุมชนแออัดในกรุงเทพมหานคร*. http://fhpprogram.org/download/covid19_food_insecurity/
- 12 ปิดเทอมนักเรียนปากท้องเด็กยากจน นับหมื่นคนขาดแคลนอาหาร. (2563, 23 พฤษภาคม). *Thai PBS*. <https://news.thaipbs.or.th/content/292820>
- 13 โพลชี้คนไทยให้ความสำคัญกับอาหารมากขึ้นหลังโควิดระบาด. (2564, 2 พฤษภาคม). *Post Today*. <https://www.posttoday.com/politics/651804>
- 14 ความมั่นคงทางอาหาร มุ่งสร้างสุขภาวะ พื้นฟูประเทศหลังวิกฤตโควิด. (ม.ป.ป.). *สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ*. <https://www.nationalhealth.or.th/th/node/3805>

สังคมไทยกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

- 1 Institute of Medicine. (2004). Health Literacy : A Prescription to End Confusion. *National Academies Press*, Washington DC.
- 2 Golden TL and Wendel ML. (2020). Public Health's next Step in Advancing Equity : Re-evaluating Epistemological Assumptions to Move Social Determinants from Theory to Practice. *Front Public Health*, 8 : 131. Doi 10.3389/fpubh.2020.00131
- 3 McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An Ecological Perspective on Health Promotion Programs. *Health Education Quarterly*. 1988; 15(4) : 351-377. doi : 10.1177/109019818801500401
- 4 สำนักกรรมการการเลือกตั้ง 3 สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. (ม.ป.ป.). รายงานคณะกรรมการการเลือกตั้งเกี่ยวกับการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ เรื่องการปฏิรูปความรู้และการสื่อสารด้านสุขภาพ. https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/parliament_parcy/ewt_dl_link.php?nid=38939
- 5 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อ. (2561). *สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 11*. <https://www.samatcha.org/file/bf7d53dc-57df-4d37-9ff6-dedaa4223533/preview>
- 6 ชลธิศ อุไรเลิศกุล. (2563, 23 สิงหาคม). การขับเคลื่อน health literacy ในประเทศไทย. *สมาคมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไทย*. http://doh.hpc.go.th/bs/clip_display.php?id=444
- 7 สำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0. (2561). *แนวคิด หลักการขององค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ*. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. http://203.157.71.139/group_sr/allfile/1578714596.pdf
- 8 ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์, วิมล โรมา และมุกดา ส่วนกลาง. (2561). *คู่มือ แนวทาง การพัฒนา สถานที่ทำงาน สถานประกอบการและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ*. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. https://mwi.anamai.moph.go.th/web-upload/migrated/files/mwi/n1140_992b626bbb9db0ab0fee0079a811d6e0_article_20180924133404.pdf
- 9 ยุทธพงษ์ ชวัลวัฒน์. (2564). การพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 17(3) : 5-14.

รู้ทัน “แก๊งคอลเซ็นเตอร์”!

- 1 ธนาคารแห่งประเทศไทย. (2565). รายงาน *Bi-monthly Payment Insight ฉบับที่ 14/2565*. https://www.bot.or.th/Thai/PaymentSystems/Publication/payment_insight/Documents/Bi-monthly_report_Vol14-2022_April.pdf
- 2 Whoscall anti-fraud application Developed by Gogolook ระบุว่า ในปี 2564 จำนวนการโทรและข้อความหลอกลวงทั่วโลกสูงถึง 460 ล้านครั้ง เพิ่มขึ้น 58% จากปีก่อน ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ
- 3 บิ๊กป้อม สั่งกวาดล้างบัญชีม้าฯ. (2565, 9 ธันวาคม). *รัฐบาลไทย*. <https://www.thaigov.go.th/news/contents/details/62516>
- 4 18 กลโกงมิจฉาชีพ ใช้หลอกลวงเหยื่อบนโลกออนไลน์. (ม.ป.ป.). *สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการตำรวจ*. http://opc.police.go.th/OPC_Police/18-frauds-online/
- 5 สำหรับตัวอย่างแอปพลิเคชันที่มีการทำงานในลักษณะ remote desktop หรือการควบคุมจากระยะทางไกลได้ เช่น team viewer, airdroid, chrome remote destop, inkwire, anydesk, logmeim, vnc, parsec เป็นต้น
- 6 ข่าวคณะโฆษก. (2566, 14 กุมภาพันธ์). ดูชัดๆ ร้าง พ.ร.ก.ปราบปรามอาชญากรรมทางเทคโนโลยี ธนาคารต้องระงับธุรกรรมต้องสงสัยภายใน 7 วัน รับแจ้งเปิดบัญชีม้า คุก 3 ปี ประชาชนร้องทุกข์ที่สถานีตำรวจหรือออนไลน์. *รัฐบาลไทย*. <https://www.thaigov.go.th/news/contents/details/64947>
- 7 จี แก่ปัญหาเอสเอ็มเอสและแก๊งคอลเซ็นเตอร์ เป็นวาระแห่งชาติ. (2565, 1 เมษายน). *ฐานเศรษฐกิจ*. <https://www.thansettakij.com/business/519808>

- 8 สุนทีย์ จิตสว่าง, ปิยะพร ตันณีกุล และนที จิตสว่าง. (2563). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ *โครงการอาชญากรรมข้ามชาติ : ภัยคุกคามประเทศไทยเกี่ยวกับแก๊งคอลเซ็นเตอร์*. สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรม. https://www.the101.world/wp-content/uploads/2021/11/RDG6240041_full.pdf
- 9 โครงการติดเกาะความคิด ปกป้อง ป้องกันภัยจากลัทธิเซกซ์นิยมเดียด ผู้รับทุนประเภทเชิงยุทธศาสตร์ ประจำปี 2562. (2563, 26 เมษายน). *กองทุนพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์*. <https://www.thaimediafund.or.th/โครงการติดเกาะความคิด>
- 10 ข่าวประชาสัมพันธ์. (ม.ป.ป.). “กสทช.” เสนอตั้งคณะทำงานพหุภาคีแก้ปัญหา SCAM ขานรับกฎหมาย PDPA. *สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ*. <https://www.nbtc.go.th/News/Information/53532.aspx?lang=th-th>
- 11 ได้แก่ กสทช. ผู้แทนกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม (ดีอีเอส) ผู้แทนคณะกรรมการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ผู้แทนธนาคารแห่งประเทศไทย (ธปท.) ผู้แทนกองบังคับการปราบปรามการกระทำ ความผิดเกี่ยวกับอาชญากรรมทางเทคโนโลยี (บข.สตท.) และ ผู้แทนโอเปอเรเตอร์ ประกอบด้วย บริษัท แอดวานซ์ อินโฟร์ เซอร์วิส จำกัด (มหาชน) หรือเอไอเอส, บริษัท ทรู คอร์ปอเรชั่น จำกัด (มหาชน) หรือ ทรู, บริษัท โทเทิล แอ็คเซ็ส คอมมูนิเคชั่น จำกัด (มหาชน) หรือดีแทค และบริษัท โทรคมนาคมแห่งชาติ จำกัด (มหาชน) หรือเอ็นที ผู้แทนสมาคมโทรคมนาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ และผู้แทนสภาองค์กรของผู้บริโภค
- 12 กสทช. ยู่ปรับวันละ 1 ล. “ค่ายมือถือ” ไร้หน้ายาปราบคอลเซ็นเตอร์. (2565, 7 กันยายน). *มติชนออนไลน์*. https://www.matichon.co.th/economy/news_3548525
- 13 คณะทำงานพหุภาคีแก้ไขปัญหาคอลเซ็นเตอร์เสนอบอร์ด กสทช. ขีดเส้นตายให้โอเปอเรเตอร์. (2565, 19 กรกฎาคม). *สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ*. <https://www.nbtc.go.th/News/Information/55328.aspx?lang=th-th>
- 14 สำนักงาน กสทช. และสำนักงานตำรวจแห่งชาติ (ตร.) ได้ร่วมมือกันเพื่อแก้ไขปัญหาแก๊ง call center หลอกลวงประชาชนก้าขับผู้ให้บริการโทรศัพท์ระหว่างประเทศ (IDD) โดยได้กำหนดมาตรการ ดังนี้

ประเทศไทยกับสังคมสูงอายุ

- 1 ชัยวัฒน์ พุ่มซ้อน และกันตพัฒน์ พรศิริวิชรลิน. (2561). แนวทางการแก้ไขปัญหาลังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย. *วารสารเครือข่ายส่งเสริมการวิจัยทางมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 1(1), 25-36.
- 2 สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2562). *การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 (ฉบับปรับปรุง)*. กรุงเทพฯ : สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- 3 สังคมสูงอายุระดับสุดยอด หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด
- 4 การสูงวัยอย่างมีสุขภาพ หมายถึง กระบวนการสูงวัยที่มีการพัฒนาและรักษาไว้ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติภารกิจประจำวัน ที่ช่วยให้เกิดการอยู่ดีมีสุขในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นไปได้ด้วยการสร้างสภาพแวดล้อมและโอกาส ที่จะช่วยให้ผู้คนได้เป็นและได้ทำในสิ่งที่ตนเห็นว่ามีความสำคัญต่อช่วงชีวิต

- 5 การสูงวัยอย่างมีพลัง หมายถึง กระบวนการที่คนในสังคมเจริญวัยขึ้นอย่างมีสุขภาพดีทั้งกายและใจ มีความมั่นคงในชีวิต มีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องในกิจการทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และทำหน้าที่พลเมืองที่ดีที่เป็นประโยชน์แก่ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ
- 6 ชัยวัฒน์ พุ่มซ้อน และกันตพัฒน์ พรศิริวัชรสิน, เรื่องเดียวกัน.
- 7 มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2565, 22 มกราคม). เชิดสถานการณ์ทางประชากรสูงอายุไทย สํารวจโอกาสและความท้าทาย. *มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย*. <https://thaitgri.org/?p=40044> วันที่ 25 มกราคม 2566
- 8 กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ. (ม.ป.ป.). *ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรในประเทศไทย - สถานการณ์และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย*. http://social.nesdc.go.th/social/Portals/0/Documents/1000_UNFPA_rev_Policy%20Brief%20Thai_200411_69.pdf
- 9 สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2565). *แผนพัฒนาประชากรเพื่อการพัฒนาประเทศไทยระยะยาว (พ.ศ. 2565-2580)*. https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=13502

การส่งเสริมสมุนไพรไทย จากอดีตถึงปัจจุบัน

- 1 สาธารณสุข. (2565, 11 พฤศจิกายน). "ผลิตภัณฑ์สมุนไพร" บวมปี 65 คนไทยบริโภคทะลุกว่า 5 หมื่นล้านบาท. *กรุงเทพธุรกิจ*. <https://www.bangkokbiznews.com/health/public-health/1037250> วันที่ 25 กพ. 2566
- 2 "ฉมา" ชีตลดสมุนไพรโตต่อเนื่อง โอกาสของผู้ประกอบการไทย. (2565, 7 ตุลาคม). *ไทยโพสต์*. <https://www.thaipost.net/economy-news/237970> วันที่ 25 ก.พ. 2566
- 3 ผุสดี รอดเจริญ. (2562). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ การศึกษาประวัติและภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ณ ร้านยาบ้านหม้อหวาน (บ้านรุกชาติสาสนายาไทย) ในการจัดการให้เป็นแหล่งเรียนรู้ตามรูปแบบพิพิธภัณฑ์สถาน. มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- 4 ผาสุข อินทรารุ. (2542). *ทวารวดี : การศึกษาเชิงวิเคราะห์จากหลักฐานทางโบราณคดี*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรสมัย.
- 5 เขียน ยิ้มศิริ. (2495). ตึกตาสึกบาล. *วารสารศิลปากร*, 6(5) 68-76.
- 6 อากิ หนังสือเรื่องตำนานกรุงเก่า โดยหลวงโบราณบุรุษรักษ์ (พร เดชะคุปต์) บรรยายไว้ว่า "...ย่านป่าขายสรรพเครื่องเทศ เครื่องไทยและเป็นสรรพคุณยาทุกสิ่ง..." และตรงกับในหนังสือค่าให้การของขุนหลวงวัดประดู่ทรงธรรม ที่กล่าวว่า "...ถนนย่านป่าขายมีร้านขายเครื่องเทศเครื่องไทย ครบทุกสิ่ง ชีตลดป่าขาย..."
- 7 ชยันต์ พิเชียรสุนทร. (2558). *คำอธิบายตำราพระโอสถพระนารายณ์*. กรุงเทพฯ : อมรินทร์.
- 8 มนต์ป๋ายริย์ ณ ร้อยเอ็ด, พาลีณี บัวกุม, เพ็ญพิมล จิตรวุฒิวาสน์ และอุไรลักษณ์ วันทอง. (2562). ประสิทธิผลเบื้องต้นของยาทาพระเส้นเพื่อลดอาการปวดเข่าของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบเข่าขาทางการแพทย์แผนไทย. *วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก*, 17(3), 447-459.
- 9 มนต์วี อุณหนันทน์. (ม.ป.ป.). *ประวัติการแพทย์มีขันธ์นารีในประเทศไทย*. พระนคร : กองคริสเตียนศึกษาแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย.
- 10 มณฑิรา ตันท์เกียร และโสภิต ธรรมอารี. (2525). *การพัฒนาสมุนไพรไทยด้านสาธารณสุขสมัยกรุงรัตนโกสินทร์*. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- 11 ข้อบังคับสภาการแพทย์แผนไทย ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการรับรองและการดำเนินการของ สถาบันหรือสถานพยาบาลซึ่งได้รับอนุญาตให้ถ่ายทอดความรู้ สำหรับการฝึกอบรมในวิชาชีพ การแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2557
- 12 กองประชาสัมพันธ์ องค์การเภสัชกรรม. (ม.ป.ป.). *วิวัฒนาการเกี่ยวกับยาไทยและองค์การเภสัชกรรม*. <https://www2.gpo.or.th/>.
- 13 กลุ่มนโยบายแห่งชาติด้านยา. (2557). *รายงานการพัฒนาระบบยาแห่งชาติประจำปี พ.ศ. 2557*. <http://ndi.fda.moph.go.th>.
- 14 กองผลิตภัณฑ์สมุนไพร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. 2562. *พระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ.2562*. กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.

- 15 กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2564. *ข้อควรระวังเกี่ยวกับการใช้ "สารแอนโดรกราโฟไลด์" ในผลิตภัณฑ์ "ฟ้าทะลายโจร" เพื่อ "การรักษาโควิด-19"*. กรุงเทพฯ : บริษัท บียอนด์ ฟัซลิซซิ่ง จำกัด.
- 16 สังคม. (2564, 11 สิงหาคม). เจาะตลาด "ยาฟ้าทะลายโจร" ยอดขายพุ่ง 5 เท่า - วัตถุประสงค์ขาดแคลน. *Thai PBS*. <https://www.thaipbs.or.th/news/content/306846>
- 17 กระทรวงสาธารณสุข และองค์การภาครัฐ - เอกชน. (2559). *แผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ.2560-2564*. <https://www.dtam.moph.go.th/images/download/dl0021/MasterPlan-Thaiherb.pdf>
- 18 รัฐบาลไทย. (2565, 15 สิงหาคม). *คกก.สมุนไพรแห่งชาติ เผย ผลงาน 6 ปี ไทยส่งออกวัตถุดิบและผลิตภัณฑ์สมุนไพร สร้างมูลค่ากว่า 1.2 หมื่นล้านบาท*. <https://www.thaigo.gov.th/news/contents/details/58041>
- 19 รัฐบาลไทย. (2566, 31 มกราคม). *กรมเห็นชอบร่างแผนปฏิบัติการด้านสมุนไพรแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2566-2570*. <https://www.thaigo.gov.th/news/contents/details/64386>
- 20 กระทรวงสาธารณสุข และองค์การภาครัฐ - เอกชน, เรื่องเดียวกัน.
- 21 ปัทมา แคนสันเทียะ และทิพาพร กาญจนราช. (2563). ปัญหาและข้อเสนอแนะในการทดแทนยาแผนปัจจุบันด้วยยาสมุนไพรในโรงพยาบาลของรัฐ. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 13(4), 837-846.

4 ผลงานดี ๆ เพื่อสุขภาพคนไทย

ยูเนสโกยกย่อง สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนาฯ

- 1 สังคม. (2564, 16 พฤศจิกายน). ยูเนสโก รับรอง "สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ-พระยาศรีสุนทรโวหาร" เป็นบุคคลสำคัญของโลก. *NNT*. <https://thainews.prd.go.th/news/detail/TCATG21116152151485>
- 2 งานการจัดการและบริการสารสนเทศด้านวัฒนธรรม สถาบันวัฒนธรรมศึกษากัลยาณิวัฒนา. (ม.ป.ป.). *ฐานข้อมูลสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์*. <http://culture.pn.psu.ac.th/galyani>

WHO มอบรางวัลระดับโลกให้ 2 แพทย์ไทย "นพ. ประกิต - นพ. โฟศาล"

- 1 สังคม. (2565, 12 กุมภาพันธ์). WHO มอบรางวัลระดับโลกให้ 2 แพทย์ไทย "นพ.ประกิต-นพ.โฟศาล". *Thai PBS*. <https://www.thaipbs.or.th/news/content/312637>
- 2 จุดประกาย. (2565, 23 พฤษภาคม). ศ.นพ.ประกิต วาที่สาธกกิจ ผู้อยู่เบื้องหลังก้าวสำคัญของการควบคุมยาสูบประเทศไทย. *กรุงเทพธุรกิจ*. <https://www.bangkokbiznews.com/lifestyle/1005946>
- 3 ชีวิตคุณภาพ. (2565, 27 พฤษภาคม). 2 หมอไทยรับโล่จากอนามัยโลก ศ.นพ.ประกิต ปลูกบุคลากรสาธารณสุขไทยปลอดคนสูบบุหรี่. *มติชนออนไลน์*. https://www.matichon.co.th/local/quality-life/news_3369849

โรงพยาบาลศิริราช รับรางวัลสูงสุด Thailand Lean Award 2022

- 1 สืบค้นจาก <https://mahidol.ac.th/th/2022/si-diamond-thailand-lean-award2022/> วันที่ 16 มกราคม 2566
- 2 สืบค้นจาก <https://mahidol.ac.th/th/governance/oit65/administration/service-statistics/> วันที่ 16 มกราคม 2566
- 3 ช่าว ส.ส.ท. (ม.ป.ป.). Thailand Lean Award 2022 รอบชิงชนะเลิศ. *สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น)*. <https://www.tpa.or.th/news.php?id=2239#> วันที่ 16 มกราคม 2566

ยูเนสโกยกย่องพระยาศรีสุนทรโวหาร

- 1 ยูเนสโก ได้ประกาศยกย่อง ปราชญ์ภาษาไทย พระยาศรีสุนทรโวหาร (น้อย อาจารยางกูร) 200 ปีชาตกาล. (2565, 24 กันยายน). *สำนักข่าว กรมประชาสัมพันธ์*. <https://thainews.prd.go.th/th/news/detail/TCATG220924093540613>
- 2 ฐ.ร่วมเผยแพร่ประวัติและผลงานสำคัญ “พระยาศรีสุนทรโวหาร” เนื่องในโอกาสยูเนสโก ประกาศ ยกย่องเชิดชู เป็นบุคคลสำคัญของโลก ด้านการศึกษาและวัฒนธรรม ประจำปี พ.ศ. 2565. (2565, ม.ป.ป.). *รัฐบาลไทย*. <https://www.thaigov.go.th/news/contents/details/56187>
- 3 เชิดชูผลงาน พระยาศรีสุนทรโวหาร (น้อย อาจารยางกูร) ในวาระ 200 ปีชาตกาล. (ม.ป.ป.). *สมาคมนิสิตเก่าจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*. <http://www.chula-chachoengsao.com/?id=6>

เรื่องพิเศษประจำฉบับ

คำสัญญาของไทยใน “คอป” (COP : Conference of Parties) กับการรับมือ “โลกรวน”

- 1 White House (1 November 2021). *Fact sheet : President Biden renews U.S. leadership on world stage at U.N. Climate Conference (COP26)*. Retrieved February 21, 2022 : from <https://www.whitehouse.gov/briefing-room/statements-releases/2021/11/01/fact-sheet-president-biden-renews-u-s-leadership-on-world-stage-at-u-n-climate-conference-cop26/>
- 2 BBC (2 November 2021). *COP26 : India PM Narendra Modi pledges net zero by 2070*. Retrieved February 21, 2022 : from <https://www.bbc.com/news/world-asia-india-59125143>
- 3 ข่าวนายกรัฐมนตรี (1 พฤศจิกายน 2554). *นายกฯ กล่าวถ้อยแถลง ต่อที่ประชุมระดับผู้นำ COP26 ประกาศเจตนารมณ์ไทยพร้อมยกระดับการแก้ไขปัญหาภูมิอากาศอย่างเต็มที่ด้วยทุกวิถีทาง*. สืบค้นเมื่อ 21 กุมภาพันธ์ 2565 : จาก <https://www.thaigov.go.th/news/contents/details/47700>
- 4 WHO (May 19, 2022). *Monkeypox*. Retrieved May 20, 2022 : from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/monkeypox>
- 5 Nikkei Asia (February 7, 2021). *Himalayan glacier bursts in India, 100-150 feared dead in floods*. Retrieved May 20, 2022 : from <https://asia.nikkei.com/Economy/Natural-disasters/Himalayan-glacier-bursts-in-India-100-150-feared-dead-in-floods>
- 6 Hugonnet, R., McNabb, R., Berthier, E., Menounos, B., Nuth, C., Girod, L., ... & Käab, A. (2021). Accelerated global glacier mass loss in the early twenty-first century. *Nature*, 592(7856), 726-731.
- 7 Cheng, L., Abraham, J., Hausfather, Z., & Trenberth, K. E. (2019). How fast are the oceans warming? *Science*, 363(6423), 128-129.
- 8 World Economic Forum (May 9, 2022). *Record-breaking heat wave strains 'limits of human survivability' in India and Pakistan*. Retrieved May 17, 2022 : from <https://www.weforum.org/agenda/2022/05/record-breaking-heatwaves-limit-human-survivability-india-pakistan>
- 9 Zanna, L., Khawliwala, S., Gregory, J. M., Ison, J., & Heimbach, P. (2019). Global reconstruction of historical ocean heat storage and transport. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 116(4), 1126-1131.
- 10 German Watch (2021). *Global Climate Risk Index 2021*. Germanwatch e.V., Bonn. Retrieved on May 19, 2022 : from www.germanwatch.org/en/crisis

- 11 Woetzel, J., Pinne, D., Samandari, H., Engel, H., Krishnan, M., Boland, B., & Powis, C. (2020). *Climate Risk and response*. McKinsey Global Institute. Retrieved May 21, 2022 : from <http://dln.jaipuria.ac.in:8080/jspui/bitstream/123456789/10847/1/MGI-Climate-risk-and-response-Full-report-vF.pdf>
- 12 Asian Development Bank Institute (2012). *Climate change in Asia and the Pacific : how can countries adapt?* SAGE Publications India. Retrieved from <https://www.adb.org/sites/default/files/publication/159335/adb-climate-change-asia-and-pacific-how-can-countries-adapt-highlights.pdf>
- 13 Mcgregor, J. L., & Dix, M. R. (2001). The CSIRO conformal-cubic atmospheric GCM. In IUTAM symposium on advances in mathematical modelling of atmosphere and ocean dynamics (pp. 197-202). Springer, Dordrecht.
- 14 Chinvarno, S. & A. Snidvongs (2007). *Assessment of impact, vulnerability and adaptation to climate change : lessons learned from pilot study in the lower Mekong River region during 2003-2006*. SEA START RC Technical Report. Southeast Asia START REgional Center. Chulalongkorn University. Thailand.
- 15 ไทยพีบีเอส (11 ตุลาคม 2564). *ฉีกตำราพยากรณ์! ฝนตกไร้รูปแบบ โลกร้อน-ฤดูเปลี่ยน*. สืบค้นเมื่อ 21 พฤษภาคม 2565 : จาก <https://news.thaipbs.or.th/content/308530>
- 16 สมบัติ เจริญวงศ์. (2564). *จดหมายข่าวราชบัณฑิตยสถาน ปีที่ 8 ฉบับที่ 86 กรกฎาคม 2541*. สืบค้นเมื่อ 17 พฤษภาคม 2565 : จาก https://web.ku.ac.th/schoolnet/snet4/june22/la_nina.htm
- 17 ศูนย์วิจัยเศรษฐกิจและธุรกิจ ธนาคารไทยพาณิชย์ (22 เมษายน 2563). *Economic of Climate Change : ภาวะโลกร้อนกระทบเศรษฐกิจโลกอย่างไร?* สืบค้นเมื่อ 21 พฤษภาคม 2565 : จาก <https://www.scbeic.com/th/detail/product/6780>
- 18 บีบีซีไทย (27 ตุลาคม 2563). *โลกร้อน : ไทยจะประกาศลดก๊าซเรือนกระจก 25% ในที่ประชุม COP26 แต่นักสิ่งแวดล้อมว่าน้อยไป*. สืบค้นเมื่อ 21 พฤษภาคม 2565 : จาก [https://www.bbc.com/thai/international-59059419#:~:text=จากการจัดลำดับของ,มาลิสหรืออเมริกา%20\(18.13%25](https://www.bbc.com/thai/international-59059419#:~:text=จากการจัดลำดับของ,มาลิสหรืออเมริกา%20(18.13%25)
- 19 Urban creature (30 เมษายน 2564). *โควิด-19 สาเหตุที่การปล่อยก๊าซคาร์บอนฯ ของไทยลดลง?*. สืบค้นเมื่อ 20 พฤษภาคม 2565 : จาก <https://urbancreature.co/reenindex-carbondioxide/#:~:text=ในปี%202563%20ไทยปล่อย,ลดลงในทุกภาค.>
- 20 Our World in Data. Thailand CO2 Country Profile. Retrieved May 20, 2022 : from <https://ourworldindata.org/co2/country/thailand>
- 21 Salika (16 มีนาคม 2564). *รู้ไหม? พื้นที่ป่าไม้ของไทยเหลือเท่าไรแล้ว*. สืบค้น 20 พฤษภาคม 2565 : จาก <https://www.salika.co/2021/03/16/thailand-forest-situation/>
- 22 Foote, E. (1856). ART. XXXI.--Circumstances affecting the heat of the sun's rays. *American Journal of Science and Arts* (1820-1879), 22(66), 382.
- 23 The Royal Institute (2019). *Who discovered the greenhouse effect?* Retrieved from <https://www.rigb.org/explore-science/explore/blog/who-discovered-greenhouse-effect>
- 24 Callendar, G. S. (1938). The artificial production of carbon dioxide and its influence on temperature. *Quarterly Journal of the Royal Meteorological Society*, 64(275), 223-240.
- 25 Scripps Institution of Oceanography. Retrieved January 5, 2023 : from <https://www.aps.org/programs/honors/history/historicsites/keeling.cfm>
- 26 Tans, P., & Bolin, B. (2006). In memory of Charles David Keeling. *Tellus B : Chemical and Physical Meteorology*, 58(5), 329-330.
- 27 Jackson, P. (2007). From Stockholm to Kyoto : A brief history of climate change. *UN Chronicle*, 44(2).
- 28 United Nations Framework Convention on Climate Change. Retrieved from <https://unfccc.int/timeline/>

- 29 UNFCCC (2016). *Paris Agreement – Status of Ratification*. Retrieved January 5, 2023 : from <https://unfccc.int/process/the-paris-agreement/status-of-ratification>
- 30 The Economist (June 12, 2001). *More heat than light*. Retrieved January 5, 2023 : from <https://www.economist.com/unknown/2001/06/12/more-heat-than-light>
- 31 The New York Times (November 4, 2020). *U.S. Quits Paris Climate Agreement : Questions and Answers*. Retrieved January 5, 2023 : from <https://www.nytimes.com/2020/11/04/climate/paris-climate-agreement-trump.html>
- 32 The Global Climate & Health Alliance. (2023). *Global Climate and Health Alliance Membership*. Retrieved August 11, 2022 : from <https://climateandhealthalliance.org/about/members/>
- 33 The Global Climate & Health Alliance (May 24, 2019). *WHO Civil Society Working Group to Advance Action on Climate Change and Health : Collaborating to Drive Progress on Climate Change and Health*. Retrieved January 6, 2023 : from <https://climateandhealthalliance.org/who-cs-wg-wha72/>
- 34 The Global Climate & Health Alliance (May 25, 2020). *Over 40 million health professionals urge G20 leader to put public health at the core of COVID-19 recovery*
- 35 องค์การบริหารจัดการก๊าซเรือนกระจก. (2564). *การปล่อยก๊าซเรือนกระจกสุทธิเป็นศูนย์ (Net Zero) และการกักเก็บ CO2 ของแหล่งอาศัยตามธรรมชาติ (Natural Habitats)*. สืบค้นเมื่อ 4 พฤศจิกายน 2565 : จาก <http://tiny.cc/8r74vz>
- 36 ภาตริ วิฑูรชาติ. (2021). *COP26 เป้าหมาย 'เน็ตซีโร่' ไทย ก้าวทันประชาคมโลก?* สืบค้นเมื่อ 20 พฤษภาคม 2565 : จาก <https://tdri.or.th/2021/10/thailand-netzero-cop26/>
- 37 Greenpeace Thailand. (2022). *COP26 คืออะไร?* สืบค้นเมื่อ 7 พฤศจิกายน 2565 : จาก <https://tinyurl.com/3vu26e2e>
- 38 United Nations. (2022). *COP26 : Together for our planet*. Retrieved October 12, 2022 : from <https://www.un.org/en/climatechange/cop26>
- 39 มูลนิธิสืบนาคะเสถียร. (2564). *5 ผลลัพธ์สำคัญจากการประชุม COP26*. สืบค้นเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2565 : จาก <https://www.seub.or.th/blogging/news/global-news/cop26-5-key-points/>
- 40 UNFCCC. (2022). *Glasgow Dialogue*. สืบค้นเมื่อ 4 พฤศจิกายน 2565 : จาก <https://unfccc.int/event/glasgow-dialogue>
- 41 Rocket Media Lab. (2021). *สิ่งแวดล้อมโลกจะไปในทางไหน สืบค้นผ่านการประชุม*. สืบค้นเมื่อ 4 พฤศจิกายน 2565 : จาก COP26. <https://rocketmedialab.co/cop26/>
- 42 BBC News. (2021). *COP26 : China and US agree to boost climate co-operation*. Retrieved November 2, 2022 : from <https://www.bbc.com/news/science-environment-59238869>.
- 43 Thai Publica. (2021). *จีน-สหรัฐฯออกแถลงการณ์กลางที่ประชุม COP26 จับมือลดโลกร้อน*. สืบค้นเมื่อ 2 พฤศจิกายน 2565 : จาก <https://thaipublica.org/2021/11/us-china-joint-statement-on-climate-collaboration-at-cop26/>
- 44 เวิร์คพอยท์ทูเดย์ (2564). *'โมดี' ประกาศกลางที่ประชุม COP26 นำอินเดียลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกเป็นศูนย์ภายในปี 2070*. สืบค้นเมื่อ 2 พฤศจิกายน 2565 : จาก <https://workpointtoday.com/modi-india-cop26/>
- 45 European Council (2022). *Fit for 55*. สืบค้นเมื่อ 4 พฤศจิกายน 2565 : จาก <https://www.consilium.europa.eu/en/policies/green-deal/fit-for-55-the-eu-plan-for-a-green-transition/>
- 46 สำนักงานเลขาธิการไทย-อียู เฟลิกที. (2020). *Due Diligence แนวทางการควบคุมการนำเข้าไม้ ที่ประเทศไทยต้องเรียนรู้เพื่อพัฒนา*. สืบค้นเมื่อ 3 พฤศจิกายน 2565 : จาก <https://tefso.org/th/observe-activities-of-due-diligence/>
- 47 ThaiEurope.net. (2564). *จุดเน้นนโยบายภูมิอากาศของสหภาพยุโรปหลัง COP26 | EU watch*. สืบค้นเมื่อ 2 พฤศจิกายน 2565 : จาก <https://www.bangkokbiznews.com/columnist/979378>
- 48 หนังสือราชการ ที่ ทส ๑๐๐๖.๒/๘๙๘ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ลงวันที่ 27 เมษายน ๒๕๖๐ เรื่อง (ร่าง) แผนที่นำทางการลดก๊าซเรือนกระจกของประเทศ พ.ศ.๒๕๖๔-๒๕๗๓ สืบค้นเมื่อ 27 ตุลาคม 2565 : จาก <http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER38/DRAWER027/GENERAL/DATA0000/00000207.PDF>
- 49 สำนักงานเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. สืบค้นเมื่อ 27 ตุลาคม 2565 : จาก https://resolution.soc.go.th/?page_id=74&find_word=&start_date=01%2F01%2F2559&end_date=31%2F01%2F2559&book_number=&page_no=8
- 50 สถาบันสิ่งแวดล้อมไทย (20 ตุลาคม 2564). *โกลบอลคอมแพ็คแห่งประเทศไทย-UN ร่วมพลังสมาชิก ประกาศเจตนารมณ์ สู้วิกฤตโลกร้อน ตั้งเป้า Net Zero ภายใน ค.ศ. 2050 หรืออย่างช้าที่สุดไม่เกิน ค.ศ. 2070*. สืบค้นเมื่อ 27 ตุลาคม 2565 : จาก https://www.tei.or.th/th/highlight_detail.php?event_id=1441
- 51 กองประสานการจัดการการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ. *การลดก๊าซเรือนกระจก*. สืบค้นเมื่อ 29 ตุลาคม 2565 : จาก <https://climate.onep.go.th/th/topic/database/migation-measures/>
- 52 กรุงเทพธุรกิจ (29 สิงหาคม 2565). *ไทยปรับแผนตั้งเป้าลดปล่อยก๊าซเรือนกระจกให้ได้ 40% ในปี 2030*. สืบค้นเมื่อ 27 ตุลาคม 2565 : จาก https://www.bangkokbiznews.com/social/social_environment/1023623
- 53 สำนักงานนโยบายและแผนพลังงาน (2559). *องค์การบริหารจัดการก๊าซเรือนกระจก (TGO)*. สืบค้นเมื่อ 6 มกราคม 2566 : จาก <https://www.eppo.go.th/index.php/th/plan-policy/climatechange/thailand/tgo>
- 54 องค์การบริหารจัดการก๊าซเรือนกระจก (2564). *รายงานประจำปี พ.ศ. 2564*. สืบค้นเมื่อ 29 ตุลาคม 2565 : จาก www.tgo.or.th/2020/index.php/th/page/รายงานประจำปี-910
- 55 SET Social Impact (2563). *ประเทศไทยกับการลดก๊าซเรือนกระจก*. สืบค้นเมื่อ 29 ตุลาคม 2565 : จาก <https://climate.setsocialimpact.com/carethebear/article/detail/16>
- 56 SET Social Impact (2563). *ฉลากรับรองคาร์บอนฟุตพริ้นท์ (Carbon Footprint Label) มีอะไรบ้าง*. สืบค้นเมื่อ 29 ตุลาคม 2565 : จาก <https://climate.setsocialimpact.com/carethebear/article/detail/17>
- 57 สำนักข่าวไทย (2562). *"คนไทยหัวใจไร้คาร์บอน" ลดโลกร้อนง่ายด้วยกิจกรรมชดเชยคาร์บอน จาก อบก*. สืบค้นเมื่อ 29 ตุลาคม 2565 : จาก <https://www.youtube.com/watch?v=77cNy5M7tsE>
- 58 ผู้จัดการออนไลน์ (2563). *ใครเป็นใคร!! คณะกรรมการนโยบายยานยนต์ไฟฟ้าแห่งชาติ จุดเริ่ม-จุดเปลี่ยนในอุตสาหกรรมยานยนต์สมัยใหม่ (EV)*. สืบค้นเมื่อ 29 ตุลาคม 2565 : จาก <https://mgronline.com/greeninnovation/detail/9630000058322>
- 59 สำนักข่าวกรมประชาสัมพันธ์ (2565). *รถยนต์ไฟฟ้า 100% มาแรงรัฐบาลเดินหน้านโยบายใช้ ผลผลิตในไทย หวังลดใช้น้ำมัน ลดปัญหาสิ่งแวดล้อม*. สืบค้นเมื่อ 29 ตุลาคม 2565 : จาก <https://thainews.prd.go.th/th/news/detail/TCATG220401133608119>
- 60 Grandprix (2565). *Motor Show 2022 ดันกระแสรถไฟฟ้าคึกคัก ยอดจองในงานทะลุ 3,000 คัน*. สืบค้นเมื่อ 29 ตุลาคม 2565 : จาก <https://www.grandprix.co.th/motor-show-2022-booking-ev/>
- 61 ประชาชาติธุรกิจ (2565). *มาตรการส่งเสริม EV เห็นผลทำยอดมอเตอร์ไซ์ทะลุ 3,000 คัน*. สืบค้นเมื่อ 29 ตุลาคม 2565 : จาก <https://www.prachachat.net/economy/news-904801>
- 62 ฐานเศรษฐกิจ (26 มิย 2565) *กฟผ. ดัน EV Ecosystem มุ่งขยายสถานีชาร์จ "รถ EV" รุกต้นแบบอุตสาหกรรมยานยนต์ไฟฟ้า*. สืบค้นเมื่อ 3 พฤศจิกายน 2565 : จาก <https://www.thansettakij.com/pr-news/economy/529230>
- 63 กรุงเทพธุรกิจ (28 กุมภาพันธ์ 2565). *กฟผ. ตั้งเป้าครึ่งปี 65 เปิดบริการสถานีชาร์จอีวี "ปั๊มพีที" รวม 57 สถานี*. สืบค้นเมื่อ 3 พฤศจิกายน 2565 : จาก <https://www.bangkokbiznews.com/business/990789>
- 64 มติชนออนไลน์ (7 สิงหาคม 2565). *เปิด 3 กลยุทธ์ Triple S ดัน กฟผ. ก้าวข้ามช่วงเปลี่ยนผ่านพลังงาน*. สืบค้นเมื่อ 3 พฤศจิกายน 2565 : จาก https://www.matichon.co.th/economy/news_3493140

- 65 กรุงเทพฯธุรกิจ (18 พฤศจิกายน 2565). บางจากขึ้นแก๊สโลกร้อนเป็นหน้าที่ของทุกคน ตั้งเป้าเพิ่มพลังงานสะอาด 70% ปี 2050. สืบค้นเมื่อ 3 พฤศจิกายน 2565 : จาก <https://www.bangkokbiznews.com/business/972639>
- 66 ปตท. (17 ตุลาคม 2565). ปตท. ประกาศเป้า Net Zero 2050 เร่งปลูกป่าเพิ่มอีก 1 ล้านไร่ ผนึกกำลังกลุ่ม ปตท. สร้างสังคมคาร์บอนต่ำเพื่อคนไทย. สืบค้นเมื่อ 6 มกราคม 2566 : จาก <https://www.pttplc.com/th/Media/News/Content-30473.aspx>
- 67 คมชัดลึก (24 ก.ค.2565) "TMCA" เดินเครื่องทุกภาคส่วนใช้ปูนลดโลกร้อน. สืบค้นเมื่อ 3 พฤศจิกายน 2565 : จาก <https://www.komchadluek.net/news/523646>
- 68 มติชนออนไลน์ (1 กันยายน 2564) "TMCA" ชู 3 แผนงานหลักขับเคลื่อนเดินทางลดก๊าซเรือนกระจก. สืบค้นเมื่อ 3 พฤศจิกายน 2565 : จาก https://www.matichon.co.th/economy/news_2917093
- 69 กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม (2564). ภาคอุตสาหกรรมและแนวทางการลดก๊าซเรือนกระจก. สืบค้นเมื่อ 3 พฤศจิกายน 2565 : จาก <https://actionforclimate.deqp.go.th/activity/1938/#>
- 70 สถาบันน้ำและสิ่งแวดล้อมเพื่อความยั่งยืน (2562). โครงการขยายผลการส่งเสริมการจัดทำคาร์บอนฟุตพริ้นท์ขององค์กรในภาคอุตสาหกรรม. สืบค้นเมื่อ 3 พฤศจิกายน 2565 : จาก <https://weis.fti.or.th/carbon-footprint-10/>
- 71 สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. แผนที่นำทางการลดก๊าซเรือนกระจกของประเทศ พ.ศ.2564-2573 (หน้า 30). สืบค้นเมื่อ 3 พฤศจิกายน 2565 : จาก <https://climate.onep.go.th/wp-content/uploads/2019/07/NDC-Roadmap-for-Printing.pdf>
- 72 วรรณิการ์ ธรรมพานิชวงศ์, วิษณุ อรรถวานิช, บัณฑิต ลิ้มมีโชคชัย, และ อัศมน ลิ้มสกุล (2564). การลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจกและการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศในบริบทของไทย. สถาบันวิจัยเศรษฐกิจป๋วย อึ๊งภากรณ์. สืบค้นเมื่อ 27 ตุลาคม 2565 : จาก <https://www.pier.or.th/abridged/2021/15/>
- 73 กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ (29 ตุลาคม 2564). เฉลิมชัย ลุย COP26 เดินหน้าโครงการลดก๊าซเรือนกระจก สั่ง กยท. นำร่อง 20,000 ไร่. สืบค้นเมื่อ 6 มกราคม 2566 : จาก <https://www.moac.go.th/news-preview-432791792683> 2566.
- 74 องค์การบริหารจัดการก๊าซเรือนกระจก (9 พฤษภาคม 2565). ทส. ร่วมกับเยอรมัน ผลักดัน Thai Rice NAMA ต้นแบบโครงการทำนาลดโลกร้อน เพิ่มประสิทธิภาพการผลิตและรายได้เกษตรกร หวังขยายผลสู่แปลงนาทั่วประเทศ. สืบค้นเมื่อ 27 ตุลาคม 2565 : จาก www.tgo.or.th/2020/index.php/th/post/ทส-ร่วมกับ-เยอรมัน-ผลักดัน-thai-rice-nama-ต้นแบบโครงการทำนาลดโลกร้อน-เพิ่มประสิทธิภาพ
- 75 พิมพ์ไทย (2564). "เฉลิมชัย" ลุย COP26 เดินหน้าโครงการลดก๊าซเรือนกระจก สั่ง กยท. นำร่อง 20,000 ไร่สร้างต้นแบบการจัดการคาร์บอนของสวนยางพาราในประเทศไทย. สืบค้นเมื่อ 29 สิงหาคม 2565 : จาก <https://www.pimthai.co.th/90079>
- 76 กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม (2563). บทบาทภาคเอกชนกับการลดการใช้ถุงพลาสติก. สืบค้นเมื่อ 3 พฤศจิกายน 2565 : จาก <https://datacenter.deqp.go.th/knowledge/environmentdoc/07th/>
- 77 กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (2565). โครงการถึงขยะเปียกลดโลกร้อนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. สืบค้นเมื่อ 3 พฤศจิกายน 2565 : จาก http://www.dla.go.th/upload/document/type2/2022/9/28141_4_1664553774949.pdf?time=1664928840961
- 78 กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม (2565). กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อมแนะปลูกต้นไม้ 58 ชนิด ได้คาร์บอนเครดิตแถมช่วยโลก. สืบค้นเมื่อ 4 กุมภาพันธ์ 2566 : จาก <https://www.gcc.go.th/?p=91326>
- 79 สำนักข่าวกรมประชาสัมพันธ์ (2565). รัฐบาลเดินหน้าเพิ่มพื้นที่สีเขียวพาประเทศบรรลุเป้าหมายลดโลกร้อน พร้อมชวนคนไทยมีส่วนร่วมดูแลรักษาป่า. สืบค้นเมื่อ 4 กุมภาพันธ์ 2566 : จาก <https://thainews.prd.go.th/th/news/detail/TCATG220530085509676>
- 80 Brandage (2562). สสส. บังโอบเดียวจัดการขยะล้นปัญหาสิ่งแวดล้อม ผุดโมเดล "ขยะสร้างสุข". สืบค้นเมื่อ 4 พฤศจิกายน 2565 : จาก <https://www.brandage.com/article/12708/สสส>
- 81 ผู้จัดการออนไลน์ (18 พ.ย. 2564) จับตาท้ายจ่อเก็บภาษีคาร์บอน กระตุ้นธุรกิจลดปล่อยก๊าซเรือนกระจก. สืบค้นเมื่อ 4 พฤศจิกายน 2565 : จาก <https://mgronline.com/business/detail/9640000114496>
- 82 ธนาคารแห่งประเทศไทย (2022). การเงินเพื่อความยั่งยืน. สืบค้นเมื่อ 4 พฤศจิกายน 2565 : จาก <https://www.bot.or.th/Thai/BOTMagazine/Pages/256205TheKnowledge3.aspx>

ขอบคุณจากใจ

สุขภาพคนไทย 2566 ได้รับความอนุเคราะห์จากหลายฝ่ายอย่างยิ่ง ทีมงานขอขอบคุณผู้มีส่วนร่วมในการจัดทำหนังสือฉบับนี้เป็นอย่างสูง ได้แก่ นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ ดร.ณัฐพันธุ์ ศุภกา และศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.ชื่นฤทัย กาญจนจิตรา ที่กรุณาอ่านบททวนบทความต้นฉบับทั้ง 3 ส่วน พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะการปรับปรุงเนื้อหาให้มีความถูกต้อง เหมาะสม และน่าสนใจมากขึ้น

ขอขอบคุณ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ศูนย์วิจัยความสุขคนทำงาน แห่งประเทศไทย ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกาย ประเทศไทย และศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการค้ามนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ที่สนับสนุน ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ในส่วนของ 12 หมวดตัวชี้วัดทางสุขภาพปีนี้

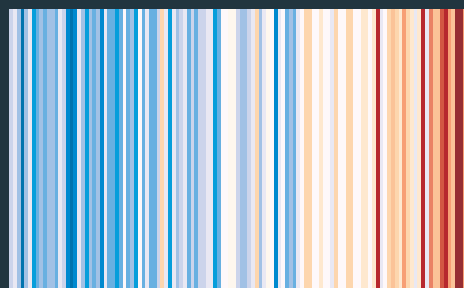
ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เชี่ยวชาญทุกท่าน ที่กรุณาเขียน เนื้อหาร่างแรก ในหมวด 10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ ทำให้ 10 สถานการณ์เด่นปีนี้ มีประเด็นที่น่าสนใจและชวนติดตามเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบคุณ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ให้การสนับสนุนด้วยดีตลอดมา

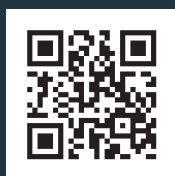
และที่สำคัญ ขอขอบคุณผู้อ่าน รายงานสุขภาพคนไทย ที่ติดตาม ผลงานของเราอย่างต่อเนื่อง ทุกท่านเป็นกำลังใจสำคัญที่ทำให้ คณะทำงานพัฒนาหนังสือรายงานสุขภาพคนไทยให้มีคุณภาพต่อไป

คณะทำงานรายงานสุขภาพคนไทย





ฉลาดเลือก เลือกสุขภาพ



www.thaihealthreport.com